

Møte onsdag den 12. desember kl. 10

President: J ø r g e n K o s m o

D a g s o r d e n (nr. 28):

1. Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2002 vedkommende Sosial- og helsedepartementet (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002), jf. St.prp. nr. 1 (2001-2002), St.prp. nr. 1. Tillegg nr. 1 (2001-2002) og St.prp. nr. 1. Tillegg nr. 4 (2001-2002))
2. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Magnhild Meltveit Kleppa, Eli Sollied Øveraas og Rune J. Skjælaaen om tiltak for å motvirke fattigdom i Norge (Innst. S. nr. 47 (2001-2002), jf. Dokument nr. 8:2 (2001-2002))
3. Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Ola D. Gløtvold og Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge (Innst. S. nr. 46 (2001-2002), jf. Dokument nr. 8:22 (2001-2002))
4. Referat

Presidenten: Representanten Heidi Sørensen, som har vært permittert, har igjen tatt sete.

Det foreligger tre permisjonssøknader:

- fra representantene Asmund Kristoffersen og Arne Lyngstad om permisjon i dagene 13. og 14. desember – begge for å delta i Baltisk forsamlings møter i Tallinn i regi av Nordisk Råd
 - fra Arbeiderpartiets stortingsgruppe om sykepermisjon for representanten Leif Lund fra og med 13. desember og inntil videre
- Disse søknader foreslås behandlet straks og innvilget.
– Det anses vedtatt.

Fra første vararepresentant for Nord-Trøndelag fylke, Astri Wessel, foreligger søknad om å bli fritatt for å møte under representanten Arne Lyngstads permisjon i dagene 13. og 14. desember av velferdsgrunner.

Etter forslag fra presidenten ble enstemmig besluttet:

1. Søknaden behandles straks og innvilges.
2. Følgende vararepresentanter innkalles for å møte i permisjonstiden:
For Hordaland fylke: Rita Tveiten
For Møre og Romsdal fylke: Ottar Kaldhol
For Nord-Trøndelag fylke: Karin Søraunet
3. Rita Tveiten innvelges i Lagtinget for den tid hun møter for representanten Leif Lund.

Endring av ukeprogrammet

Presidenten: Med hjemmel i forretningsordenens § 26 fjerde ledd vil presidenten foreslå at det oppsatte ukeprogram for inneværende uke endres slik at det fredag

14. desember berammes kveldsmøte med odelsting fra kl. 18 – dette med hilsen fra Lagtinget.

Ingen innvendinger er kommet mot dette, og det anses vedtatt.

Før dagens kart tas opp til behandling, vil presidenten foreslå at formiddagsmøtet – om nødvendig – fortsetter utover den reglementsmessige tid kl. 15 til dagens kart er ferdigbehandlet. – Det anses vedtatt.

Med den foreløpig inntegnede talerliste, og hvis debatten ikke skulle ta helt av, skulle det være mulig å bli ferdig til ca. kl. 15.30.

Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at sakene nr. 1–3 behandles under ett. – Det anses vedtatt.

S a k n r . 1

Innstilling fra sosialkomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2002 vedkommende Sosial- og helsedepartementet (Budsjett-innst. S. nr. 11 (2001-2002), jf. St.prp. nr. 1 (2001-2002), St.prp. nr. 1. Tillegg nr. 1 (2001-2002) og St.prp. nr. 1. Tillegg nr. 4 (2001-2002))

S a k n r . 2

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Magnhild Meltveit Kleppa, Eli Sollied Øveraas og Rune J. Skjælaaen om tiltak for å motvirke fattigdom i Norge (Innst. S. nr. 47 (2001-2002), jf. Dokument nr. 8:2 (2001-2002))

S a k n r . 3

Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Ola D. Gløtvold og Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer på statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge (Innst. S. nr. 46 (2001-2002), jf. Dokument nr. 8:22 (2001-2002))

Presidenten: Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir begrenset til 2 timer og 40 minutter, og at taletiden blir fordelt slik på gruppene:

Arbeiderpartiet 40 minutter, Høyre 35 minutter, Fremskrittspartiet 25 minutter, Sosialistisk Venstreparti 20 minutter, Kristelig Folkeparti 20 minutter, Senterpartiet 10 minutter, Venstre 5 minutter og Kystpartiet 5 minutter.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til replikkordskifte på inntil tre replikker med svar etter innlegg av hovedtalerne fra hver partigruppe og fem replikker med svar etter innlegg av medlemmer av Regjeringen.

Videre vil det bli foreslått at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Dette anses vedtatt.

John I. Alvheim (FrP) (komiteens leder): Vi kan vel alle være enige om at det har vært en til dels sterk turbu-

lens rundt behandlingen av statsbudsjettet i Stortinget denne høsten, en turbulens som neppe har styrket det politiske miljøets anseelse.

Jeg finner grunn til å takke sosialkomiteens medlemmer for en ryddig og konstruktiv budsjettbehandling. Sosial- og trygdebudsjettet er på til sammen ca. 230 milliarder kr, en økning på ca. 35 milliarder kr i forhold til 2001. Av disse enorme summene, som utgjør ca. en tredjedel av hele statsbudsjettet, har det kun vært mulig innen rammen for fagkomiteen å flytte på ca. 34 mill. kr. Behandlingen av tallbudsjettene i fagkomiteen er etter min mening en ren farse og en desavuering av fagkomiteens kompetanse. Meningsløst synes jeg også det er at komiteene mottar et betydelig antall høringer etter at de enkelte politiske partiene i finansinnstillingen har det meste av sin politikk og sine tallbudsjetter på plass. Dette er etter mitt skjønn ikke mindre enn å holde brukerorganisasjonene for narr.

Men jeg ser også en positiv side ved å behandle statsbudsjettet på denne måten, nemlig muligheten for partiene til å lage politikk – tenke langsiktig, legge føringer for fremtidens politikk og danne flertallsmerknader og fremme forslag som går på fremtidig struktur, som vil være bindende for regjeringene på noe lengre sikt enn tidsintervallet for et statsbudsjett.

I den foreliggende innstilling fra sosialkomiteen har det lyktes et flertall av partiene – Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet – å få til svært mange flertallsvedtak om fremtidig struktur på ulike områder som vil få stor betydning i tiden som kommer.

Manglende interesse fra regjeringspartiene til et konstruktivt samarbeid med Fremskrittspartiet i sosialkomiteen, men en desto mer positiv vilje fra Arbeiderpartiet til samarbeid, gjenspeiles i den foreliggende innstilling og understreker at det er opposisjonen som setter sitt politiske preg på den foreliggende innstilling. Riktignok er det Fremskrittspartiet og regjeringspartiene som har innstillingen på rammene, men pengeflyttingen er for vekslere å regne.

Fremskrittspartiet betrakter helse og omsorg samt tilrettelegging for inkludering av de funksjonshemmede i samfunnet som de viktigste offentlige oppgaver som skal prioriteres fra samfunnets side. Partiet registrerer med tilfredshet at en betydelig del av Fremskrittspartiets helsepolitiske målsetting har fått gjennomslag de seneste år. Jeg nevner i denne forbindelse fritt sykehusvalg, innsatsbasert finansiering, pasientrettighetslov og ikke minst den største politiske reformen i Norges historie, ansvarsreformen med statlig enhetlig ansvar for sykehusene, som trår i kraft neste år.

Fremskrittspartiet vil fortsatt medvirke til nytenkning innen helsepolitikken og eldreomsorgen, slik at Norge til enhver tid har et kvalitativt behandlings- og omsorgstilbud til sine borgere på linje med det beste i verden. Skal vi i fremtiden nå disse høyverdige målene, må det nå satses mer på medisinsk forskning enn det den foreliggende budsjettinnstilling legger opp til. Den nye gen- og bioteknologien som nå er på full fremmarsj i hele verden, vil

sannsynligvis i løpet av relativt kort tid revolusjonere den medisinsk-tekniske utviklingen på mange felt, og det er rimelig optimisme med hensyn til at denne teknologien både kan forebygge og fremfor alt helbrede en rekke alvorlige, dødelige sykdommer som menneskeheten i dag sliter med. Jeg er imidlertid svært bekymret for den restriktive holdning til denne teknologien som det legges opp til fra den nye regjeringen i Sem-erklæringen. Vi må ikke få en norsk lovgivning på dette området som utelukker norske forskningsmiljøer og norske klinikere fra å delta i utviklingen av denne behandlingsteknologien på internasjonalt høyt nivå til beste også for norske borgere. Jeg vil anbefale helseministeren og Kristelig Folkeparti å lytte til partiets søsterparti i Sverige, som har en langt mer positiv tilnærming til denne teknologien enn hva Kristelig Folkeparti synes å ha her i Norge.

Selvfølger skal vi være oppmerksom på de etiske sidene ved denne teknologien, men vi må ha en tilnærming som i utgangspunktet er positiv og ikke forutinntatt negativ, om vi skal komme til målet, til beste for våre fremtidige pasienter. Det må imidlertid aldri bli tillatt å bruke denne teknologien til sortering av mennesker eller til å endre arvestoffet. Dette er da også i dag forbudt i hele den vestlige verden.

Det har vært mye diskusjon rundt hvilke av de to ulike budsjettforslagene, fra henholdsvis Stoltenberg-regjeringen og Bondevik-regjeringen, som har den beste sosiale profil for å bekjempe fattigdom. Det er for enkelt å tro at man kan bekjempe fattigdommen i Norge ved bare å øke de statlige overføringene. Problemet er komplekst og involverer både skatter og avgifter, tilgjengelighet til arbeidsmarkedet og tilrettelegging for næringslivet for å skape flere arbeidsplasser. Bedre oppfølging av arbeidslinjen med utgangspunkt i Sandman-utredningen er viktig. Positiv utnyttelse av restarbeidsevnen gir bedre livskvalitet for de fleste.

Fremskrittspartiets alternative budsjett med en betydelig reduksjon av avgifter som rammer alle, og likeledes en kraftig reduksjon av skattene for lavinntektene, ville ha en langt bedre sosial profil enn både regjeringspartienes og Stoltenberg-regjeringens budsjett. Det er for øvrig min mening at flere av de strukturforslag som ligger i sosialkomiteens innstilling, og som har et flertall bestående av Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet bak seg, samlet har en bedre sosial profil enn regjeringspartienes forslag. Jeg viser her særlig til flertallsforslagene om at det skal brukes 70 mill. kr til økt barnetillegg for sosialklienter. Jeg håper dette betyr en varig endring av Arbeiderpartiets helse- og sosialpolitikk.

Et eksempel på en annen gledelig snuoperasjon fra Arbeiderpartiets side er flertallsmerknaden og forslaget om at grunnbeløpet i folketrygden skal reguleres minst på linje med den vanlige lønns- og prisutviklingen fra førstkommande trygdeoppgjør. Dette har Fremskrittspartiet i årevis stått alene om å mene.

Den største helsepolitiske reform noen gang i landets historie som skal gjennomføres i 2002, nemlig sykehusreformen – eller ansvarsreformen, som jeg ønsker å kalle

(Alvheim)

den – med statlig enhetlig ansvar og finansiering av spesialisthelsetjenesten, er vi alle spente på. Jeg er glad for at den nåværende regjering med helseminister Dagfinn Høybråten i spissen har lovet at reformen i henhold til Odelstingets intensjoner skal gjennomføres fra januar 2002. Fremskrittspartiet kan love støtte til Regjeringen fullt ut for å gjennomføre reformen i henhold til de intensjonene som lå i odelstingsbehandlingen av saken.

Så langt som jeg har kjennskap til, er imidlertid det foreliggende budsjettforslag når det gjelder bevilgning til de regionale helseforetakene, ikke tilstrekkelig, og vi kan risikere at man starter reformen med en samlet underdekning i foretakene på kanskje så mye som 1,5 milliarder kr. Dette er ikke bra, og dette må vi komme tilbake til i revidert nasjonalbudsjett.

I revidert nasjonalbudsjett neste år må staten også være forberedt på å dekke alle driftsunderskudd ved de offentlige sykehusene som regnskapsmessig kan tilbakeføres til økt pasientbehandling i 2001. Dette er det heller ikke tatt høyde for i den foreliggende budsjettinnstillingen.

Når jeg ønsker og foretrekker å bruke benevnelsen ansvarsreformen på sykehusreformen, er det for å poengtere hvilket ansvar vi i Stortinget får i forhold til fremtidig drift av våre sykehus. Selv om Fremskrittspartiet alltid har ment at ressursene til helsevesenet var Stortingets eneansvar, vil dette ansvaret nå i langt større grad måtte bli synliggjort i Stortinget nettopp i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettene. Verken Stortingets flertall eller helseministeren kan lenger skyve ansvaret over på andre når syke mennesker ikke får behandling til rett tid i vårt eget land.

Jeg har fortsatt et sterkt behov for å minne helseministeren om de to store mangler vi fortsatt har, i kreftomsorgen og psykiatrien. Disse to av Stortinget vedtatte opptrappingsplaner er ikke i rute i forhold til behovet, og planene må revurderes så fort som mulig.

Jeg er glad for at det er tverrpolitisk enighet i den foreliggende innstilling om at eldresatsingen skal fortsette inntil behovet for sykehjemsplasser er dekket. Det er både beklagelig og litt av et paradoks at etter at vi nå har brukt 26 milliarder kr på eldresatsingen og reformen har gått over tre og et halvt år, så har vi i dag dårligere sykehjemsdekning enn det vi hadde da reformen startet. Altså: Etter denne store satsingen har vi et dårligere omsorgstilbud til de mest pleietrengende av våre eldre syke. Dette må både regjeringene og ikke minst de enkelte kommuner ta det fulle og hele ansvaret for. To tidligere regjeringer har ikke fulgt opp reformen og påsett at sykehjemsplasser blir prioritert i kommunene, som økonomisk har spekulert i å satse på omsorgsboliger fordi det gir ren profitt og nærmest ingen utgifter for kommunene.

Jeg registrerer med tilfredshet at det nå endelig synes å være tverrpolitisk enighet om at helsevesenet i større grad skal ha hovedansvaret for behandlingen av de narkomane. Dette må følges opp lovmessig ved å overføre behandlingsansvaret til helselovgivningen. Det er imidlertid fortsatt en lang vei å gå før de narkomane også blir respektert og verdsatt som andre syke mennesker.

Aldri har vi sett så mye misbruk av narkotika over hele landet som i våre dager. Vi ligger på verdenstoppen når det gjelder overdosedødsfall, og det er ikke lenger bare de store byene som har et betydelig antall sprøytenarkomane.

Det er grunn til å sette spørsmålsteget ved om den narkotikapolitikk som har vært ført i dette landet, er forfeilet, og jeg skulle ønske at det kunne bli politisk enighet om å oppnevne en narkotikakommisjon for å gå gjennom hele vår narkotikapolitikk og vår lovgivning med tanke på endringer og forbedringer. Skal narkomani fortsatt være en forbudt sykdom i Norge i 2001?

Samlet sett mener jeg at Fremskrittspartiet på helse- og sosialområdet har kommet godt ut av denne budsjettbehandlingen. Vi har fått gratis medisin på blå resept for pensjonister og uføretrygdede. Vi har fått redusert egenandelstaket. Vi har fått økt den innsatsbaserte finansieringen med 5 pst. Vi har forhandlet oss til en mindre økning i opptreningsinstitusjonenes kurpengesats. Vi har fått midler til klinisk å utføre en lovende terapeutisk hivvaksine. Vi har fått øket bevilgningen til pensjonistorganisasjonene og organisasjonene for de funksjonshemmede. Og ikke minst har vi fått gjennomslag, takket være Arbeiderpartiet, for at det nå skal bli slutt på underreguleringen av G, og at denne reguleringen skal skje minst på linje med lønns- og prisutviklingen. Dette vil være en stor hjelp for alle som mottar statlige overføringer av ulike former for trygd og pensjon, og vil således være en viktig faktor i bekjempelse av fattigdom i Norge.

Og så en inderlig henstilling til Regjeringen: Opptreningsinstitusjonene sliter med særdeles dårlig økonomi. Vi kan risikere i 2002, om dette budsjettet blir endelig, at flere må legge inn årene og slutte. Opptreningsinstitusjonene er kanskje de viktigste institusjonene som driver rehabilitering, jeg holdt på å si på et normalt nivå, og de dekker faktisk mer enn halvparten av den rehabilitering som gis i dette landet, og da må Stortinget og Regjeringen se sitt ansvar og sørge for at disse institusjonene får en forutsigbar økonomi som det er mulig å drive med fra år til år, slik at man ikke må leve i denne redselen for hvert eneste statsbudsjett som kommer. Hvordan skal det gå neste år? Vil jeg overleve – vil jeg ikke overleve? Her må det komme en annen finansieringsform enn den vi har i dag, som må være forutsigbar, og som inkluderer opptreningsinstitusjonene i det hele og fulle helsevesenet, slik at vi ikke har en særbehandling av disse institusjonene i forhold til all annen rehabilitering.

Til slutt tar jeg opp de forslag fra Fremskrittspartiet som er inntatt i innstillingen.

Presidenten: Representanten Alvheim har tatt opp de forslag han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Bjarne Håkon Hanssen (A): Jeg har ved flere anledninger gitt uttrykk for at jeg mener representanten Alvheim har et sterkt og ekte sosialpolitisk engasjement. Det kom jo også til uttrykk i det innlegget han nå holdt.

Men jeg vil gjerne utfordre Alvheim på dette med helheten i politikken. Han var selv inne på det i sitt innlegg. Det er ikke tvil om at forbedringer i folketrygden og mindre egenandeler i helsevesenet er eksempler på viktige tiltak bl.a. for å bekjempe fattigdom i Norge. Men mye mer er viktig i så måte: satsing på trygdeetaten og deres arbeid for et inkluderende arbeidsliv, en god sykelønnsordning, flere og billigere barnehager, gratis grunnskole og videregående skole, skolefritidsordninger, billige og gode fritidsklubber, en sterk husbank og god kommuneøkonomi. Alt dette er eksempler på andre viktige tiltak for å videreutvikle velferdssamfunnet. Alt dette legger grunnlaget for et samfunn som ikke hele tiden skaper nye fattige.

Mitt spørsmål blir derfor: Når representanten Alvheim ser på helheten i Fremskrittspartiets politikk, får han ikke da noen kuldefrysninger i sitt ellers så varme sosialpolitiske hjerte?

John I. Alvheim (FrP): Nei, jeg har så visst ingen kuldefrysninger over Fremskrittspartiets helhetlige politikk. Og viktigere enn hvilke følelser jeg måtte ha, er at det norske folk ser helheten i Fremskrittspartiets politikk fullt ut. Jeg tør påstå at det alternative statsbudsjettet som vi la frem i finansinnstillingen, har en bedre sosial profil enn Arbeiderpartiets forslag. Og da er det nettopp helheten jeg ser på.

Jeg vet ikke hvor representanten Bjarne Håkon Hansen har det fra at vi skulle være mot en gratis skole. Det har vi aldri sagt og aldri ment. Ser man på vårt forslag til statsbudsjett i finansinnstillingen, vil kommuneøkonomien bli langt bedre med Fremskrittspartiets forslag enn med de øvrige forslagene som ligger i innstillingen. Dette har Statistisk sentralbyrå regnet på for oss og funnet ut at slik er virkeligheten.

Men det gjøres en rekke grep som Arbeiderpartiet foreløpig ikke har villet støtte, nemlig dette med konkurranseutsetting og friere disponering av midler i kommunene. Vi må også ta denne siden av politikken med i helheten når man skal vurdere beløpene som Fremskrittspartiet vil overføre til kommunene og fylkeskommunene. Det er vår dynamiske politikk som vil gi kommunene mer å rutte med enn hva de øvrige forslag vil gjøre.

Bent Høie (H): Når representanten Alvheim, både i dag og i pressen etter budsjettforliket, beskriver forliket, minner det meg litt om tenåringsgutten som endelig hadde fått ja fra den jenta han hadde sett på, men som, da han etterpå møtte kameratene, sa at han egentlig ikke syntes hun var så veldig pen, og egentlig så var hun ikke så veldig hyggelig heller. Jeg er enig med Alvheim i at de endringene som er gjort, er av mindre betydning – det er mindre beløp – selv om dette er områder som for oss i fellesskap er viktige.

Det som kanskje betyr enda mer, er at en i det budsjettet som vi tok utgangspunkt i, hadde økt den innsatsstyrte finansieringen, økt bevilgningen til sykehusene og satt i gang en rekke viktige tiltak mot rus, som både Fremskrittspartiet og Alvheim har vært engasjert i tidligere.

Men det aller viktigste er kanskje føringene fra Regjeringen om framtidige endringer på dette området, som å styrke pasientrettighetene, som å la det frie sykehusvalget også omfatte sykehus med avtaler, som en forpliktende retning i forhold til en Tak 2-ordning.

Alvheim pekte på at det var en del strukturforslag som de hadde fått flertall for. Da bør han gå igjennom de 17 strukturforslagene og se at alle forslagene, med unntak av 5, står regjeringspartiene bak. Dette er strukturforslag der Regjeringen stort sett allerede har satt i gang viktige arbeider for nettopp å nå de målsettingene en her har. I Arbeiderpartiets alternative budsjett ser en at de vil kutte bevilgningen til sykehusene med over 200 mill. kr i forhold til det som flertallet nå vil. Ser ikke representanten Alvheim at han i fremtidige budsjettforlik har en større mulighet for å få gjennomslag for sin politikk i et samarbeid med regjeringspartiene?

John I. Alvheim (FrP): Til representanten Bent Høie vil jeg si at jeg vel er i eldste laget til å gå på frieri nå.

Når det gjelder Høyres politikk i det foreliggende statsbudsjettet, kan man forundre seg over mye. Det er helt tydelig at å være i posisjon og å være i opposisjon i forhold til egen politikk er to vidt forskjellige ting.

La meg starte med den innsatsbaserte finansieringen. Høyre har i flere år – også i statsbudsjettssammenheng – foreslått at den skulle økes til 60 pst. Fremskrittspartiet har holdt på 80 pst. Når vi reiser dette kravet i forhold til den nye regjeringen, strekker man seg til å legge på 5 pst., altså til 55 pst. Det trodde jeg ikke var god høyrepolitikk ut fra den praksis vi har hatt med Høyre tidligere.

Når det gjelder fritt sykehusvalg, står det i proposisjonen – og det er ikke noe spesielt for denne regjeringen – at de private klinikkene, sykehusene og institusjonene som har hatt avtale med fylkeskommunal helsetjeneste, fortsatt skal ha avtale med foretakene. Jeg kan ikke se at det er noe nytt her. Jeg kommer tilbake til dette i en annen sammenheng i løpet av debatten, men jeg kan ikke finne det i budsjettinnstillingen.

Så til bedre pasientrettigheter. Ja vel, men hvorfor har man ikke gått løs på det så fort som mulig slik at man kan sikre alle norske pasienter en juridisk rett til behandling, og kommet med forslag til endring av pasientrettighetsloven? Det foreligger ikke noe forslag fra regjeringspartiene. Men det foreligger et forslag fra Fremskrittspartiet, ved meg, om å endre loven, slik at man får en juridisk rett til behandling.

Konklusjonen er at Høyre har lite å rose seg av i dette forslaget til statsbudsjett.

Olav Gunnar Ballo (SV): Det er ikke ukjent at Fremskrittspartiet har vært ihuga motstander av innføringen av fastlegeordningen. En får respektere at det er ulike syn på denne ordningen. Likevel ser vi at en del av de svakhetene som har fremkommet i det siste, og den kritikken som har fremkommet i avisene, i stor grad er knyttet til kommunale legevaktordninger, og da spesielt i Oslo, når det har oppstått akutte situasjoner. Det skal også har vært

dødsfall som en konsekvens av at man ikke har fått lege til å rykke ut, eller at tilbudet ved legevakten ikke har kommet raskt nok.

Jeg har registrert at dette er en problemstilling som representanten Alvheim har vært opptatt av. Blant annet i hans interpellasjon tidligere om fastlegeordningen synes jeg han på en prisverdig måte trakk fram den kommunale legevaktens viktige rolle i det bildet. Derfor er jeg litt overrasket når SV sammen med Senterpartiet i merknadsform nettopp trekker fram behovet for å styrke de kommunale legevaktene og for at staten ser sitt ansvar knyttet til de kommunale legevaktene, over at Fremskrittspartiet ikke ville være med på den merknaden. Jeg vil spørre Alvheim om hva som er bakgrunnen for det. Hvorfor ser ikke Fremskrittspartiet behovet for at staten går inn og engasjerer seg sterkere i forhold til en godt utbygd kommunal legevakt rundt omkring i landet, nettopp for å gjøre noe med den svakheten som er fremkommet, og som Alvheim også har vært en kritiker av? Representanten Alvheim vil finne vår merknad på side 81 i budsjettinnstillingen. Jeg vil spørre ham om årsaken til at Fremskrittspartiet ikke kan være med på den merknaden.

Jeg har et spørsmål til representanten Alvheim. Hvis jeg oppfattet ham riktig, så sa han vitterlig at Fremskrittspartiet hadde stått helt alene om kravet om at regulering av grunnbeløpet skulle skje minst på linje med den generelle lønns- og prisutviklingen. Jeg vil be Alvheim om å tenke seg om en gang til. Står Alvheim fast på at Fremskrittspartiet virkelig har vært alene om det kravet?

John I. Alvheim (FrP): For å ta det siste først: Ved det siste trygdeoppgjøret stemte SV mot Fremskrittspartiets forslag om å ta igjen etterslepet for underregulering av grunnbeløpet.

Når det gjelder den kommunale legevaktjenesten og fastlegeordningen, er grunnen til at vi ikke stemmer for dette forslaget, at vi mener oppriktig talt at man må gå inn og gjøre noe med hele fastlegereformen. Man har gått inn på et system hvor man legger ansvaret for akutthjelp på dagtid på fastlegene. Både Lægeföreningen og departementet, og for så vidt også Stortingets flertall, måtte skjønne at det ikke er praktisk mulig å få til. Man kan ikke forvente at en fastlege skal forlate et fullsatt kontor og rykke ut til en listepasient ved en akutt oppstått sykdom. Det er altså i utgangspunktet ikke brukbart å fortsette med det systemet som ligger i fastlegeordningen i dag.

Vi vil ha bort hele fastlegeordningen. Jeg håper at så skjer om ikke altfor lang tid, for de problemene som etter hvert avdekkes, ikke bare i Oslo, men over hele landet, er såpass alvorlige og graverende at noe må Regjeringen nå gjøre så raskt som mulig for å sikre at pasientene får akutthjelp når akutt sykdom oppstår.

Legene må også få sitt pass påskrevet, i og med at de nå nærmest har sluttet å rykke ut til syke pasienter i hjemmene, men sitter på kontoret og venter på at pasientene skal komme dit. Jeg hadde faktisk en personlig opplevelse for ikke lang tid tilbake. Jeg holdt på å miste livet fordi en lege ikke rykket ut da jeg ble akutt syk. Dette må

vi få slutt på. Jeg håper Sosialistisk Venstreparti og Olav Gunnar Ballo vil være med og støtte dette.

Presidenten: Replikkordskiftet er dermed omme.

Bjarne Håkon Hanssen (A): La meg starte med å innrømme at jeg synes høstens budsjettbehandling har vært svært krevende. Sosialkomiteens arbeidsområde er omfattende. Det har vært veldig mye nytt å sette seg inn i, og mye gjenstår i så måte. Samtidig har det vært spennende. Sosialkomiteens arbeidsområder berører folks hverdag, og veldig ofte jobber vi med saker der de menneskene som berøres, er i en sårbar situasjon.

I forrige periode vedtok Stortinget to store helsepolitiske reformer: fastlegereformen og sykehusreformen. Fastlegereformen ble som kjent iverksatt i sommer. Jeg er glad for det, fordi jeg mener det er riktig å ha som målsetting at alle innbyggerne i dette landet skal ha sin egen faste lege – en lege som pasienten kjenner, en lege som kjenner pasienten.

Men det er viktig at vi som sørget for et flertall for denne reformen, også er svært lydhøre for de praktiske erfaringer en nå etter hvert vil gjøre seg. Vi må være villige til å justere på reformens ordninger, slik at reformens målsetting og intensjon kan leve videre.

Så langt har den offentlige debatt særlig vært opptatt av to forhold. For det første gjelder det henvisningssystemet. Der har helseministeren gjort det klart at han ønsker en smidigere ordning. Det er Arbeiderpartiet enig i. Videre har det vært en debatt om akuttberedskapen på dagtid, særlig i Oslo. Dette er et svært viktig område. Gjennom media har vi alle blitt kjent med eksempler på det som synes å være svikt i livsviktige rutiner. Hvorvidt dette har så mye med fastlegereformen å gjøre, er jeg i tvil om. Uansett vil det være viktig at helseministeren tar tak i dette med akuttberedskapen på dagtid. Det må finnes krystallklare rutiner å forholde seg til. Det må ikke være slik at pasienten eller de pårørende selv må ta et utall av telefoner til et system som gir ulike svar.

Det er nå bare dager igjen til sykehusene overføres fra fylkeskommunene til staten. Dette er en stor og viktig reform. Forventningene er høye. Som tidligere fylkespolitiker vet jeg at befolkningen har et sterkt engasjement for *sitt* sykehus, for *sin* fødeavdeling, for *sitt* akuttmottak, ja i det hele tatt for det lokale sykehusvesenet. Jeg vet også at fylkespolitikerne i stor grad har fungert som et filter mellom befolkningen og Stortinget i sykehusspørsmål. Mang en fylkespolitiker har møtt la meg kalle det sin politiske død gjennom å stemme feil i slike spørsmål.

Nå vil hele denne problematikken rykke nærmere inn på Regjeringen og oss i Stortinget. Og jeg tror det er bra.

Den ansvarsfraskrivelsen folk har opplevd i helsepolitikken, kunne vi ikke leve med. Nå er sykehusene vårt ansvar. Vi kan ikke skylde på noen dersom utviklingen går i feil retning.

Regjeringens hovedutfordring i helsepolitikken vil altså være å gjennomføre store helsepolitiske reformer som er vedtatt. Jeg er glad for helseministerens holdning til det å gjennomføre en sykehusreform som Kristelig

Folkeparti var imot, og jeg kan love helseministeren nødvendig støtte her i salen i hans viktige gjennomføringsarbeid.

På det sosialpolitiske og la meg si det trygdepolitiske og pensjonspolitiske området er situasjonen en annen enn den jeg nettopp har beskrevet i forhold til helsepolitikken. Jeg tror dette er områder hvor det er tid for reformer. Berettiget eller ikke; mange føler en usikkerhet i forhold til folketrygdens framtid. Derfor må vi i tilknytning til pensjonskommisjonens arbeid klargjøre folketrygdens framtid, og vi må forenkle systemet.

Både nåtiden og helt sikkert framtiden vil handle om helt andre familiestrukturer enn de som lå til grunn da dagens rettighetsstruktur i folketrygden ble utviklet. Derfor vil f.eks. protestene mot dagens system med samordning av pensjoner for ektefeller møte sterkere og sterkere motstand.

Vi vil møte utfordringer i forhold til behovet for å løfte de med lavest trygd, de med lavest pensjon, samtidig som vi skal ivareta prinsippet om å kunne opparbeide seg tilleggspensjon.

Arbeidet med å bekjempe fattigdom har vært et hovedtema i den politiske debatten den siste tiden. Vi ser at mange av dem som lever på trygd, må oppsøke sosialkontoret for å få ytelser utover folketrygden. Dette er nødvendig for å kunne greie både de faste og de løpende kostnadene. Slik kan vi ikke ha det. Derfor må vi sørge for at vi årlig regulerer folketrygdens ytelser i tråd med kostnadsutviklingen, uavhengig av hvilket system vi i framtiden får.

Jeg skal innrømme at jeg er spent på – og kritisk til – den nye regjeringens sosialpolitikk. For Arbeiderpartiet er det viktig å understreke at kampen for økonomisk og sosial rettferdighet, altså kampen mot fattigdom, må utkjempes på en rekke forskjellige arenaer. Arbeid til alle er det viktigste i så måte. Et inkluderende arbeidsliv er det viktigste vi kan jobbe med når vi ønsker å bekjempe fattigdom.

Arbeiderpartiet er opptatt av en samfunnsutvikling preget av at det offentlige skal sikre befolkningen tilgang til grunnleggende velferdsgoder. Vi er opptatt av et sterkt offentlig helsevesen, hvor alle har råd til å motta nødvendig behandling. Vi ser at vi har gått for langt i forhold til egenandeler i helsevesenet. Derfor ønsker vi å bygge ned egenandelene i helsevesenet. Vi er opptatt av gode barnehagetilbud til alle. Derfor satser vi på det. Vi er opptatt av en god skole som er gratis for alle. Derfor satser vi på det. Vi er opptatt av en sosial boligpolitikk som kan sikre alle et sted å bo, et sted de kan kalle et hjem. Derfor satser vi på Husbanken.

Alt dette handler om å bygge et samfunn som ikke skaper stadig nye fattige – stadig nye mennesker i økonomisk eller sosial nød.

Alternativet til denne politikken er å satse på økt målretting av tiltak, skreddersøm, utvidet behovsprøving, tiltak overfor dem som virkelig trenger det – de verdig trengende.

Jeg vil så sterkt jeg kan, advare Regjeringen mot i alle fall å gå for langt langs dette sporet.

Avslutningsvis vil jeg ta opp de forslag Arbeiderpartiet har fremmet selv eller sammen med andre, med unntak av forslag nr. 1 i Innst. S. nr. 47 til Dokument nr. 8:2. I samråd med SV og Senterpartiet trekkes dette forslaget fordi Stortinget enstemmig vedtok et tilsvarende forslag i går i forbindelse med behandlingen av budsjettinnstillingen fra kirke-, utdannings- og forskningskomiteen.

Presidenten: Representanten har tatt opp de forslag han refererte til, og har gjort greie for at forslag nr. 1 i Innst. S. nr. 47 er trukket.

Det blir replikkordskifte.

John I. Alvheim (FrP): I den foreliggende budsjettinnstilling har Arbeiderpartiet og Fremskrittspartiet medvirket til et betydelig antall strukturforslag og fellesmerknader som både på kort og lang sikt åpenbart vil gjøre livet lettere for brukere av helsetjenester og omsorgstjenester.

Under behandlingen av den foreliggende budsjettinnstilling fra sosialkomiteen synes det som om Arbeiderpartiet har endret sin politikk på flere felt og har nærmet seg Fremskrittspartiets politikk. Eksempelvis viser jeg her til reguleringen av grunnbeløpet, jeg viser til opptak av flere medisiner på blå resept og Arbeiderpartiets forslag om å redusere taket på egenandelene, som var et prisverdig forslag.

Mitt spørsmål til representanten Bjarne Håkon Hansen blir da: Kan en forvente at den tilsynelatende snuoperasjonen fra Arbeiderpartiets side når det gjelder helse- og sosialpolitikken, som nå er gitt til kjenne i den foreliggende innstilling, vil fortsette også i årene fremover? Eller er dette bare et kortsiktig forsøk på å få velgere tilbake til Arbeiderpartiet?

Bjarne Håkon Hansen (A): Når det gjelder hovedtemaet til Alvheim, altså spørsmålet om hvorvidt Arbeiderpartiet nå er i ferd med å gjennomtenke sin sosial- og helsepolitikk, tror jeg svaret er: Ja, partiet har nedsatt et bredt sammensatt utvalg som skal jobbe fram mot landsmøtet i november neste år, der hele det sosialpolitiske området skal gjennomgås for å meisle ut en ny politikk for framtidens utfordringer. At Arbeiderpartiet føler behov for det, og at Arbeiderpartiet har tatt innover seg at partiet har mistet tillit på dette området, ligger til grunn for dette utvalgets arbeid.

Men de eksemplene som representanten Alvheim brukte i sin replikk, synes jeg ikke er spesielt dekkende for å beskrive den utfordringen partiet står overfor. Når det gjelder f.eks. reguleringen av G, har jeg selv hatt gleden av å være medlem av regjeringen Stoltenberg og har slik sett deltatt i to trygdeoppgjør hvor G har blitt regulert i samsvar med kostnadsutviklingen. Å videreføre det i 2002 vil derfor være i tråd med de trygdeoppgjørene regjeringen Stoltenberg gjennomførte.

Når det gjelder egenandeler i forhold til medisiner, var det jo regjeringen Stoltenberg som foreslo å fjerne egenandelen på blå resept for trygdede og pensjonister. Det var altså ikke Arbeiderpartiet i opposisjon etter val-

get, men det var regjeringen Stoltenberg som foreslo det, i tillegg til at man også foreslo lavere egenandeler, f.eks. for pasienter på opptreningsinstitusjoner.

Arbeiderpartiet tenker altså nytt i sosialpolitikken, vi ser behovet for det. Men de eksemplene Alvheim bruker her fra innstillingen, synes jeg også viser at det er en sammenheng mellom det å tenke nytt og det å holde fast ved det vi har stått for.

Sigbjørn Molvik (SV): En av de største utfordringene som vi vil komme til å stå overfor i helse- og sosialsektoren de nærmeste åra, er å sørge for nok ansatte og ansatte som er godt kvalifisert til å utføre alle de viktige oppgavene som skal utføres på disse områdene. Det vil gjelde både hjemmehjelpstjenester, hjemmesykepleien, alders- og sykehjem og sykehus.

Vi ser allerede i dag en stor mangel på ansatte i pleie- og omsorgssektoren, samtidig som det er kraftig nedgang i rekruttering til yrkene. For eksempel går søkningen til slike studieretninger i videregående skole ned. Her ligger det, slik jeg ser det, en udetonert bombe som om få år kan komme til å ramme dem som trenger disse tjenestene. Derfor må dette stortinget ta denne situasjonen på ramme alvor. Da undrer det meg at Arbeiderpartiet i sosialkomiteen ikke har villet være med på forslag der man ber Regjeringa fremme forslag om konkrete tiltak som kan få utdanna helsepersonell tilbake til sine yrker, og som kan få deltidsarbeidende i disse yrkene til å arbeide mer. SV ønsker også at det utarbeides en lønnspakke til pleie- og omsorgspersonell på linje med det som tidligere har blitt gjort for andre yrkesgrupper innafør offentlig sektor. Dette forslaget ville fått flertall dersom Arbeiderpartiet hadde støttet det sammen med SV, Senterpartiet og Fremskrittspartiet. Jeg viser til side 86 i innstillinga.

Arbeiderpartiet er heller ikke med på flertallsinnstillingen, der man ber Regjeringa utarbeide en ny handlingsplan for rekruttering av helsepersonell med vekt på konkrete tiltak, bl.a. en vurdering av å sidestille tredelt turnusarbeid med helkontinuerlig skiftarbeid.

Mitt spørsmål til representanten Bjarne Håkon Hanssen blir da: Siden Arbeiderpartiet ikke er enig i denne type tiltak, hva vil hans parti gjøre for å unngå at vi i framtida får en skrikende mangel på kvalifiserte ansatte i pleie- og omsorgssektoren?

Bjarne Håkon Hanssen (A): Det er viktig for meg å understreke at jeg tror at Arbeiderpartiet og SV vil være veldig enige om behovet for å iverksette tiltak, det å ha en aktiv rekrutteringspolitikk i forhold til å skaffe det personellet vi vil trenge i fremtiden.

Men så er spørsmålet: Hvordan skal man gå fram for å utforme denne aktive rekrutteringspolitikken? Hvordan skal man f.eks. jobbe med lønnsvilkår? Hva skal være Stortingets oppgave i forhold til kommende lønnsoppgjør, og hva skal være Regjeringens oppgave?

Jeg tror uenigheten mellom Arbeiderpartiet og SV i denne type spørsmål handler mye mer om at det for oss vil være veldig viktig å holde fast på at Stortingets rolle i forhold til f.eks. lønnsfastsettelse stort sett er å holde fing-

rene av fatet. Det må være Regjeringens oppgave å legge strategien for lønnsoppgjøret, og det må være Regjeringens oppgave eventuelt å samarbeide med Kommunenes Sentralforbund om hvordan man skal legge til rette for rekrutteringstiltak. I flertallsinnstillingen er f.eks. dette med tredelt turnus et viktig punkt – jeg husker ikke om det var det representanten refererte til. Men for oss i Arbeiderpartiet er det viktig å understreke at den type spørsmål hører tariffoppgjøret til, og at det etter vår mening ville være feil av Stortinget å gå inn i spørsmålet i forkant av partenes ordinære forhandlinger.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Kontantstøtten skal gi bedre likebehandling og større valgfrihet mellom ulike omsorgsløsninger. Denne valgfriheten mener Kristelig Folkeparti at familiene bør beholde, selv om de i en periode må be om sosialhjelp.

Arbeiderpartiet har vært aktiv i sin kritikk av kontantstøtten. Men det var Arbeiderpartiet som først kritiserte kommunene som valgte å samordne kontantstøtten med sosialhjelpen.

I en spørretime i mars 1999 sa Karita Bekkemellem Orheim følgende til statsråd Valgerd Svarstad Haugland:

«Synes ikke statsråden det blir et moralsk spørsmål når rike, velstående familier får kontantstøtte, mens sosialhjelpsmottakerne mister den? Og jeg må spørre hvordan statsråden fortsatt kan sitte helt handlingslammet og se på at det skjer en så stor grad av forskjellsbehandling i kommunene våre.»

Bekkemellem Orheim sa videre:

«Kontantstøtten går ikke til både fattig og rik så lenge vi ser at kommunene praktiserer så ulikt som de gjør. ... Meningen med kontantstøtten var vel ikke at den skulle redusere kommunenes sosialutgifter? ... Jeg mener at statsråden bør handle nå gjennom et forslag til lovvedtak. Det nytter ikke å vente til vårparten med å komme med en lovendring. Vi vet nok, vi vet at 80 pst. av kommunene kutter i kontantstøtten.»

I utjamningsmeldinga sa alle partiene unntatt Fremskrittspartiet at kontantstøtten skulle holdes utenfor. Nå har Arbeiderpartiet snudd. Er ikke dette lenger et moralsk spørsmål for partiet? Og hvorfor har Arbeiderpartiet snudd når både Bondevik-regjering I og Bondevik-regjering II virkelig har fulgt opp Arbeiderpartiets intense ønske om å holde kontantstøtten utenfor beregningsgrunnlaget for sosialhjelp?

Bjarne Håkon Hanssen (A): Det som har skjedd i etterkant av alt det representanten Åse Gunhild Woie Duesund nå refererte til, er at man i vår fikk veiledende retningslinjer for sosialhjelpssatsene. Det systemet er bygd opp slik at når de som har behov for sosialhjelp, kommer på sosialkontoret, er det en selvfølge at man starter med å se på summen av inntekter, for så å se på kostnader, og så har man veiledende satser for hva man må sitte igjen med til nødvendig livsopphold. Det er etter min mening et fornuftig system. Hvor høy inntekt har den som har økonomiske problemer, hvor store kostnader har vedkommende, og hvor mye sosialhjelp må vedkommende få for å

kunne dekke løpende kostnader? Så kan man diskutere om de veiledende sosialhjelpssatsene er høye nok, og det er en viktig debatt som vi bør komme tilbake til.

Men det man nå foreslår, er jo et system som går på at når det kommer en sosialhjelpsklient med en toåring, så vil sosialkuratoren måtte si: Hvis du beholder barnet ditt i barnehage, så får du 3 000 kr mindre i sosialhjelp enn hvis du tar det ut. Den eneste måten du kan påvirke sosialhjelpsutmålingene på, er å ta barnet ut av barnehagen, da skal du få 3 000 kr mer, for det er inntekter man ser bort fra i det øvrige systemet!

Dette blir etter min mening et feil system, ikke minst fordi det viktigste i forhold til sosialhjelpsmottakeren er jo å hjelpe vedkommende inn i en situasjon hvor man kan komme ut av behovet for sosialhjelp, altså i arbeid eller i utdanning. Og da trenger man jo ikke minst forsvarelig tilsyn med barnet – altså må man beholde barnehageplassen. Så det å lage et system for å stimulere til at sosialhjelpsmottakere tar barna ut av barnehagen, er i alle fall ikke hjelp til selvhjelp.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Bent Høie (H): Jeg vil innledningsvis slutte meg til representanten Bjarne Håkon Hanssens vurderinger av hvordan det er å komme ny i sosialkomiteen, og vil takke komiteen, spesielt de medlemmene – og dem er det noen av – som har lang og trygg fartstid fra den komiteen, for å ha tatt imot oss nye på en god måte og vært tålmodige med vår uvitenhet på en del områder. Jeg håper at vi nå skal komme inn i de områdene som nå diskuteres.

Velferdssamfunnet står overfor store utfordringer. Ny medisinsk teknologi og endret livsførsel gjør at vi lever lenger. Andelen over 80 år vil dobles de neste 50 årene. Samtidig reduseres den reelle pensjonsalder, slik at det blir stadig færre yrkesaktive for hver pensjonist. Den gjennomsnittlige avgangsalder er nå nede i 58 år.

Sykdommer man tidligere ikke kunne helbrede, er det i dag medisiner mot og behandling for. Etterspørselen etter helsetjenester vil øke. Vi forventer behandling etter det siste nye innen medisinsk teknologi, og vi forventer at staten betaler, fordi vi allerede har betalt både skatter og trygdeavgifter. Etterspørselen er ubegrenset, medisinen ønsker ofte å utvikle seg uten grenser, mens samfunnets økonomi setter grenser. Dette stiller krav til prioriteringer av de tjenestene det offentlige skal ta ansvaret for. I denne budsjettdebatten har vi allerede møtt dette konkret, men det stiller også krav til effektiv organisering av helsetjenestene.

2002 vil bli husket i Helse-Norge som det året staten overtok ansvaret for sykehusene. Det er tidenes største ansvarsoverføring og vil kreve svært mye av oss alle. Debatten om hvorvidt reformen skal gjennomføres, har vi lagt bak oss, nå er det gjennomføringen som er vesentlig. Det er skapt store forventninger til reformen, men det er grunn til å understreke at denne reformen i seg selv ikke løser alle problemer.

Her står vi overfor et viktig linjeskifte. I dette budsjettet økes den innsatsstyrte delen av finansieringen fra 50

til 55 pst. Det betyr at en nå tar et riktig skritt i retning av den øvre grensen for ISF, samtidig som ordningen utvides til også å gjelde private institusjoner som har avtale med helseforetakene, og Regjeringen arbeider videre med å la pasientenes frie sykehusvalg gjelde disse.

Dette er omlegginger som er helt nødvendige for at vi ikke skal forsterke utviklingen mot et todelt helsevesen. Vi er i Norge i ferd med å få et helsevesen der de som har råd til det, kan kjøpe helseforsikring som omfatter private sykehus uten ventetid, mens vi vanlige folk må vente i en rekke på ledig plass i offentlige sykehus. Dette er en utvikling ingen partier i Norge står for, men som kunne blitt et resultat hvis vi ikke nå startet arbeidet med i større grad å inkludere de private spesialistene og sykehusene i det offentlige helsetilbudet.

Dette henger også sammen med at regjeringspartiene i Sem-erklæringen sier at en nå ønsker å arbeide mot en lovfesting av pasientens rett til behandling innen individuelt fastsatte medisinske frister. Dersom fristen ikke overholdes, skal pasienten tilbys behandling ved private institusjoner eller i utlandet for det offentliges regning. Det er pasientens behov for behandling som skal være styrende, ikke hensynet til at behandlingen nødvendigvis skal skje ved offentlige sykehus.

Dette kombinert med nasjonale elektroniske ventelister og systemer hvor en i større grad har oversikt over og styrer kapasiteten ved det enkelte sykehus og den enkelte avdeling, vil gi et Sykehus-Norge som vi i dag bare aner konturene av.

Men det er avhengig av at vi lykkes med steg én: gjennomføring av sykehusreformen i 2002. Kanskje Stortingets viktigste rolle i den sammenheng er å holde fingrene av fatet? En viktig begrunnelse for reformen er et klarere ansvarsforhold, samtidig som vi gir sykehusforetakene nødvendige redskaper til å styre en så stor og komplisert organisasjon som et sykehus er. Da er det etter min oppfatning viktig at vi unngår en spillsituasjon der Stortinget engasjerer seg i enkeltspørsmål ved foretakene. Her har vi alle et ansvar, spesielt de partiene som stilte seg bak reformen.

Sosialministeren og helseministeren har satt bekjempelse av fattigdom og et skikkelig tilbud til rusmiddelmisbrukere øverst på den politiske dagsorden. Dette er områder der alle partier nå søker nyorientering, og der en må konstatere at det er behov for nye grep. Derfor er det gledelig at vi allerede i dette budsjettet foretar viktige prioriteringer og en økt satsing. Samtidig er Regjeringen i gang med en egen handlingsplan mot rusmiddelproblemer. I budsjettet øker Regjeringen bevilgningene til lavterskel helsetiltak og legemiddellassistert rehabilitering. Dette er viktige virkemidler for å begrense det høye antallet overdosedødsfall.

Som helsepolitiker lokalt har jeg hatt mange samtaler med både rusmiddelmisbrukere og deres pårørende. Alle historiene er like sterke, og ofte er de forskjellige. Men mange har det felles at de har opplevd det offentlige behandlings- og hjelpeapparatet som en motspiller istedenfor en medspiller. I en hverdag der en ofte må bruke umenneskelige krefter på å holde familien sammen og

verne om stumpene, oppleves de som er satt til å hjelpe, som motstandere.

Fra denne talerstol snakkes det mye om å forenkle det offentlige og redusere skjemaveldet. Da er det ofte småbedriftseiere en har i tankene. Men vi har en enorm jobb foran oss for å forenkle og menneskeliggjøre det offentlige overfor dem som er mest avhengige av nettopp dette hjelpeapparatet.

En velferdsstat som gjør folk til permanente klienter, er mislykket. Målsettingen for sosialpolitikken må være å sette den enkelte i stand til å bli selvhjulpne og uavhengig av offentlig hjelp, samtidig som det alltid skal være en trygghet i bunnen. Den nye sosialministeren har greid å få debatten til å dreie seg om konkrete tiltak for de fattige blant oss – og ikke en fortsettelse av debatten om Forskjells-Norge, der de fattiges problemer ofte ble glemt til fordel for en diskusjon om de rikes pengebruk.

En enstemmig komitee går også inn for å utrede spørsmålet om en felles etat for sosial-, arbeidsmarkeds- og trygdeetaten. Forhåpentligvis vil dette bidra til at folk ikke opplever det offentlige som et mangelbarn, der det ene hodet ikke vet hva det andre gjør. Dette vil også kunne gjøre det enklere for mottakere av sosialhjelp til selv å bli i stand til å forsørge seg selv.

Regjeringen viderefører eldresatsingen og vil til våren legge fram en proposisjon for Stortinget hvor en ytterligere økning av tilskuddsrammen blir vurdert. Dette er bra. Her er det viktig at vi får avklart hvordan vi kan komme over på en permanent og forutsigbar ordning med kommunene, og sikre en verdig avslutning av eldreplanen.

Da en gjennom et bredt felles løft satte i gang eldreplanen, var det ikke, tror jeg, noen som visste at behovet kom til å bli så stort som det ble. Det er derfor viktig at alle kommuner som har under 25 pst. dekning når det gjelder heldøgns pleie og omsorg for eldre over 80 år, gis mulighet til å gjennomføre de utbygginger som ble innmeldt innen 1. oktober 2001, med samme tilskuddssats som de andre som har fått bygd ut.

Under budsjettbehandlingen i komiteen har regjeringens partiene i samarbeid med Fremskrittspartiet funnet rom for å gjøre noen omprioriteringer. Dette kommer først og fremst opptreningsinstitusjonene til gode, med 20,5 mill. kr.

Men vi har også styrket de frivillige organisasjonene for pensjonister og funksjonshemmede. Disse gjør en fantastisk innsats, og ikke minst bidrar de med informasjon og tilbud som det offentlige aldri hadde maktet på samme måte.

Ammehjelpen får fortsette sitt viktige arbeid, og vi har funnet rom for medisinsk utprøving av en terapeutisk vaksine mot hiv.

I alt er det flyttet på i overkant av 33 mill. kr. Det er, ettersom jeg forstår, innenfor det som er normalt gjennom komitearbeid. Mer avgjørende er det at et bredt flertall i komiteen har lagt en rekke spennende føringer for mange av de reformene og endringene som Regjeringen i all hovedsak er i gang med. Noen av dem har jeg nevnt allerede.

Det er et av forslagene som flertallet går inn for, som trenger en nærmere forklaring. Det angår taket på tolketimer for døve. Dette er nesten identisk med et forslag som Høyre og SV har stått bak i tidligere budsjettbehandlinger. Det innebærer at intensjonene i forslaget støttes av Høyre fullt ut, men problemet er i dag mangelen på tolker. Mange døve har store problemer med å få tolker til de lovpålagte tjenestene, f.eks. i forbindelse med utdanning. Vi er bekymret for at en heving av taket nå i tilknytning til fritidsaktiviteter og arbeidslivet vil føre til en enda sterkere skjevfordeling, og vi mener at en slik heving ikke kan skje før vi har fått opp den totale tolkekapasiteten.

En har tidligere vært inne på at det ligger 17 føringer fra komiteens side her. Av dem er regjeringens partiene med i alle med unntak av fem. To er nesten identiske forslag, som gir samme føringer, og da står en i realiteten igjen med tre forslag som Regjeringen ikke stiller seg bak, men der det ikke er store nyanser i syn. Det viser at det er en stor og bred politisk enighet om den retningen som en har lagt seg på.

Med dette vil jeg ta opp forslagene fra Høyre og Kristelig Folkeparti, og ber om at forslagene nr. 23 og 24 blir omgjort til oversendelsesforslag, slik at de følger Regjeringens oppfølging av flertallsforslagene VI og VII under rammeområde 16.

K j e l l E n g e b r e t s e n hadde her overtatt presidentplassen.

Presidenten: Representanten Høie har tatt opp de forslag han refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Asmund Kristoffersen (A): Jeg tror alle partier er genuint opptatt av at helsevesenet vårt skal fungere på en skikkelig måte. Slik gikk det også fram av representanten Høies innlegg.

Den store utfordringen med å få et sykehusvesen og en spesialisthelsetjeneste til å fungere og stå i forhold til den høye ressursbruken vi har i Norge, tok vår tidligere helseminister Tønne et kraftfullt tak i, og jeg forventer at Stortinget og Regjeringen følger opp dette.

Jeg vil imidlertid utfordre representanten Bent Høie på en annen del av helsetjenesten, nemlig primærhelsetjenesten. Høyre har i liten grad vært villig til å ta tak i den skjeve fordelingen av leger i primærhelsetjenesten. Men innføring av fastlegeordningen har brakt mange leger som var i ren privatpraksis, inn i nye avtaleforhold med kommunene, og legedekningen har allerede bedret seg betydelig som en følge av dette, til glede for både Helse-Norge og pasientene.

Jeg forventer selvsagt at den svikten vi har sett i vaktberedskapen – spesielt knyttet til Oslo – som har vært omtalt tidligere i dag, og som for så vidt ikke har noe med fastlegeordningen å gjøre, rettes opp øyeblikkelig, og at helseministeren tar de grepene som er nødvendig.

Jeg vil imidlertid spørre representanten Høie: Vil Høyre stå lojalt bak gjennomføringen av fastlegeordning-

gen og ha en aktiv holdning til legefördelning, med referanse til den skjeve fördelningen vi har hatt i Norge opp til det siste?

Bent Høie (H): Høyres motstand mot fastlegeordningen og argumentene for det er godt kjent – bl.a. mente vi at en prioritering av bruk av offentlige midler på et område som i all hovedsak fungerte godt, ikke er fornuftig. En ser at en rekke leger i dag får godt betalt for pasienter som de knapt nok ser. En har også sett en del andre negative resultater av fastlegeordningen, bl.a. dette med akuthjelp og dette med henvisning, som også Stortinget har vært opptatt av, og som ikke minst helseministeren nå har grepet fatt i. Men det er på dette området som på mange andre områder, at når slaget er tapt, må en både i posisjon og i opposisjon ta et ansvar for at viktige helse-reformer blir gjennomført på en best mulig måte for brukerne. Det ansvaret vil selvfølgelig Høyre også ta her. Og det er ikke slik at når Høyre var motstander av fastlegeordningen, så var det på bakgrunn av at en ikke så noen positive sider med ordningen. De positive sidene har vi også sett et resultat av.

Mitt svar til Arbeiderpartiet på dette området er: Ja, vi vil sørge for å forsøke å få gjennomført fastlegeordningen på en slik måte at den blir minst mulig skadelig for dem som omfattes av ordningen, og at en får rettet opp de skjevheter som den eventuelt fører til.

John I. Alvheim (Frp): Det har vært tradisjon i dette huset for at Fremskrittspartiet og Høyre har ligget i front og i forkant når det gjelder nytenkning og forbedring i den offentlige helsetjeneste. Vi har fått til fritt sykehusvalg, vi har forbedret pasientrettighetsloven – selv om den ikke er helt god nok – og vi har fått gjennomført innsatsbasert finansiering, og vi hadde også for en tid tilbake dette med tremånedersgarantien for behandling i sykehus.

I den foreliggende innstilling, når Høyre nå er i regjeringssposisjon, synes jeg at Høyres nytenkning og oppfølging av tidligere standpunkter er bortimot fraværende. Og jeg tar et eksempel, som vi for så vidt har vært inne på tidligere, nemlig dette med innsatsbasert finansiering, hvor Høyre i regjering med et solid flertall i regjeringskollegiet ikke kunne strekke seg til å øke denne prosent-satsen til 60 pst. Det var Fremskrittspartiet som etter press fikk flyttet denne prosenten opp til 55.

En annen ting som jeg ikke finner igjen fra regjeringspartiene i denne innstillingen, er dette med å likebehand-le private og offentlige helsetjenester fullt ut. Det har vært en sak for Høyre i mange år like fullt som for Fremskrittspartiet, men når man hadde mulighet til å gjøre noe med det i den regjering som Høyre nå sitter i, har man altså ikke gjort det. Og da er mitt spørsmål til representanten Bent Høie: Føler representanten Bent Høie seg bekvem med den budsjettinnstilling som foreligger, hvor Høyre-politikken nærmest er fraværende?

Bent Høie (H): Først må jeg på vegne av tidligere kolleger som er til stede, få lov til å takke John Alvheim

for det skrytet som han gav i forhold til at Høyre og Fremskrittspartiet har stått sammen om å være i forkant i helsepolitikken.

Når det gjelder spørsmålet om jeg kan være bekjent av det budsjettet jeg har stått inne for, vil jeg si: absolutt. Som jeg var inne på, har vi fått økt ISF-finansieringen fra 50 til 55 pst. Det synes jeg er bra, med tanke på at man har fått gjort dette i løpet av noen ukers tid, og at målset-tingen altså var 60 pst. Vi har tross alt ambisjoner om at denne regjeringen skal få lov å virke noen år og dermed ha noe bedre tid enn bare noen uker på å få gjennomført sin politikk.

Når det gjelder likebehandling av private og offentlige sykehus, har en tatt en del viktige steg. Blant annet står det i tilleggsproposisjon nr. 4 at Regjeringen tar sikte på å komme tilbake igjen med ordninger som gjør at det frie sykehusvalget også omfatter private sykehus som har av-tale med de regionale helseforetakene. I dag gjelder dette kun offentlige sykehus og distriktspsykiatriske sentre som er i og utenfor pasientens bostedsfylke.

På en rekke områder som jeg har vært inne på – inn-satsstyrt finansiering, pasientrettigheter, tiltak mot rus osv. – ligger det klare føringer for å få gjennomført mye av den politikken som Høyre og Fremskrittspartiet har stått sammen om tidligere, og som det nå er et bredt poli-tisk flertall for i Stortinget. Som jeg var inne på i min replikk til Alvheim, tror jeg derfor også at Fremskrittspar-tiet i et samarbeid med Regjeringen har størst mulighet for å få gjennomført mye av den helsepolitikken som man har stått for i årene som har gått.

Sigbjørn Molvik (SV): En samlet sosialkomite er be-kympret over utviklinga av sykefraværet i norsk arbeids-liv. Noen partier har anvist innstramming i sykelønnsord-ninga som et middel til å senke sykefraværet. SV er uenig i at dette er et viktig og velegnet virkemiddel. Vi har hele tida hevdet at det er forholdene i arbeidslivet som er nøkkelen til å snu denne negative trenden. Derfor er det positivt at partene i arbeidslivet og Regjeringa nå har inngått en intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv, som har som målsetting å senke sykefraværet med 20 pst. innen 2005. Jeg legger til grunn at også regjeringspartiet Høyre forplikter seg til den avtalen. Men jeg blir noe spørrende når jeg leser Høyres merknader i den budsjettinnstillinga vi behandler i dag. Der heter det at «det må vurderes innstramminger i regelverket for sykepengeutbetalinger, dersom målene i den inngåtte avtalen mellom partene i arbeidslivet ikke nås».

Dette er en avtale som har et langsiktig perspektiv, fram til 2005, og merknadene i budsjettinnstillinga for 2002 kan tolkes som om Høyre allerede neste år vil vur-dere innstramminger i sykelønnsordninga dersom ikke sykefraværet går tilstrekkelig ned.

Mitt første spørsmål til representanten Bent Høie blir da: Vil Høyre gi partene i arbeidslivet arbeidsro i den av-taleperioden, uten å komme med trusler om innstram-minger i sykelønnsordninga?

NHO-direktør Olav Magnussen gikk høyt på banen i Dagbladet sist torsdag og krevde at det nå må innføres

reduisert sykelønn for å «gi myndighetene økonomi til et løft for de svakeste». Med andre ord skal det være de syke som skal betale for at vi skal få til et løft for de fattige.

Mitt andre spørsmål til representanten Høie blir da følgende: Deler Høyre disse synspunktene, og synes regjeringspartiet Høyre at dette utspillet er en konstruktiv måte av NHO å følge opp den nylig inngåtte intensjonsavtalen på?

Bent Høie (H): Innledningsvis vil jeg si at det må være helt klart at Høyre stiller seg bak den intensjonsavtalen som er inngått. Det er av stor betydning at de målsettingene og tiltakene som står i intensjonsavtalen, blir fulgt opp av alle partene i avtalen, fordi vi har et helt åpenbart felles behov for å få en større kontroll av sykefraværet. Det kan ikke være riktig at et land som Norge har et sykefravær på det nivået og med den utviklingen. Det er ikke bra for den enkelte arbeidstaker, for det tyder på at det er noe feil. Det er ikke bra for arbeidsgiveren, og det er i hvert fall ikke bra for samfunnet. Så det må være svaret på det første spørsmålet.

Når det gjelder det andre spørsmålet, så forundrer det meg litt, for i SVs alternative budsjett i budsjettinnstillingen har jeg oppfattet det som om SV nettopp har fulgt NHOs råd. I motsetning til regjeringspartiene kutter Sosialistisk Venstreparti sykepengeutbetalingene med 325 mill. kr, som de omfordeler til andre grupper. Hvis regjeringspartiene og Fremskrittspartiet hadde gjort tilsvarende, hadde faktisk hele intensjonsavtalen stått i fare, for SV følger NHOs råd og innkasserer disse midlene i forkant, og setter dermed intensjonsavtalen i fare.

Så spørsmålet må egentlig returneres til SV: Hva er det som gjør at SV tar en slik stor sjanse for å finansiere sine valgløfter?

Presidenten: Replikkordskiftet er dermed omme.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg kan begynne med å besvare spørsmålet fra Høie. Som Høie vet, er de postene som går på sykepengeutbetalinger, overslagsbevilgninger. Det betyr at man fra Regjeringens side har kalkulert de utgiftene man vil få til sykepengeutbetalinger, ut fra de forutsetningene som ligger i bunnen, nemlig hva slags tiltak som blir gjennomført med hensyn til å redusere sykefraværet.

Høie har ikke studert grundig nok hva vi har gjort. I merknadene til kap. 2600 Trygdeetatens argumenterer vi for en betydelig styrking av post 1, i størrelsesorden 250 mill. kr, knyttet til oppfølging av pasienter som står i helsekø. Det er da ikke bare sykmeldte, det er gruppen totalt sett. Men ved at man setter inn økte ressurser der, så kalkulerer vi innsparingen på andre områder. Det samme har vi argumentert med i forhold til økning av den bedriftsinterne attføring, for på den måten å kunne redusere behovet bl.a. til utbetaling av attføringspenger. Men man er nødt til å se på hele tiltakskjeden. Hvis det var slik at partienes ulike tilnærminger når det gjaldt statsbudsjettet, ikke skulle gi virkning i forhold til overslagsbevilgninger, ville det være det samme som å si at ulike

former for politiske tiltak overhodet ikke hadde virkning, og det har de naturligvis. Så avhengig av hva man velger å gjøre, vil man få ulike utslag. Og dette argumenterer vi ikke for fordi SV går inn for å redusere sykepengeutbetalinger til dem som har krav på det, men det er fordi vi kalkulerer med at behovet for den typen utbetalinger vil bli redusert som en konsekvens av den politikken vi legger opp til. Men nok om det, så langt.

SV registrerer at de samlede utbetalingene på de to områdene vi har ansvaret for, altså rammeområdene 15 og 16, nå begynner å nærme seg 230 milliarder kr, og det er et enormt tall som knapt noen er i stand til å forestille seg. Det spørsmålet man kan stille seg, er om det er et mål for en nasjon at helsebudsjettet skal være høyest mulig, eller om det motsatte burde være et mål. Jeg personlig tenderer mer i retning av å mene det siste. På mange måter er det et symptom på et samfunn som på en eller annen måte er i ubalanse, når vi på område etter område ser at vi har behov for økt innsats, mer ressurser, innenfor helsevesenet for å bøte på skader som oppstår. Og det har for så vidt forundret meg når det gjelder Høyres og også Fremskrittspartiets argumentasjon, at nettopp når det gjelder helsevesenet, synes det nærmest å være en målsetting at jo mer ressurser man bruker, jo bedre er det, som om det ikke burde være en målsetting å redusere behovet for å bruke ressurser.

Jeg var i går på en konferanse arrangert av Rådet for Psykisk Helse. Jeg registrerte at statsråd Høybråten også var til stede, og det er jeg glad for. Konferansen var interessant og givende på flere måter. For det man plutselig på en måte får fokus på, som man får oppmerksomheten rettet inn mot, er årsak og virkning i et samfunn som i så stor grad er i omstilling at flere og flere utvikler mental sykdom. Jeg merket meg spesielt foredraget til psykiater Finn Skårderud, der han så sterkt betonet vektleggingen av stabiliteten rundt menneskene som en måte å ivareta dem på. Og hvis vi ser på det samfunnet vi lever i i dag, og hvilke store endringer vi er inne i, bør det ikke undre noen av oss at mennesker får problemer med å forholde seg til dette samfunnet. Det skapes utrygghet, man har en opplevelse av at man kommer til kort, og så får man behov for helsetjenester.

Sånn sett kan man for så vidt si at det som skjer i samferdselskomiteen i disse dager, og den behandling som har funnet sted der, ikke er uvesentlig med tanke på hva slags sykdom som eventuelt vil kunne oppstå av mental art. Når man uten å trekke inn fagforeningene, uten å gi dem en mulighet til å være med i en prosess, skal ha betydelige omstillinger både av NSB, Posten, Luftfartsverket og ferjeselskapene – det gjelder for så vidt også de store omstillinger som vi ser innenfor helsevesenet som sådant – må vi ta innover oss at for mange går disse endringene så raskt at de føler utrygghet for egen situasjon, for familiens situasjon, for hva det innebærer for økonomien, og så får man utslag på helsebudsjettet som en konsekvens av det. Og det betyr at når vi drøfter helsebudsjettet, kan vi ikke isolert bare se på hva vi foretar oss, vi er nødt til å se det i en større sammenheng. Hva slags samfunn ønsker vi? Hvordan skaper vi trygghet for

de menneskene som bor i dette samfunnet? Og hvordan blir et samfunn som er inkluderende og varmt med hensyn til at vi tar vare på hverandre?

SV har vært opptatt av, spesielt når det gjelder psykiatrien, at man burde ha satset mer og raskere på en opptrapping som spesielt vektla forholdene for barn og unge, og spesielt bør satsingen skje der hvor folk bor.

Det vi ser i dag, spesielt når det gjelder sykehussektoren, er hvilke enorme ressurser den trekker med seg, mens ofte relativt beskjedne tiltak ute i kommunene kan ha vel så stor effekt.

Jeg har sikkert nevnt det før, men jeg vil igjen trekke fram erfaringer fra min egen hjemkommune, der man i sin tid satset på ansettelse av psykiatriske sykepleiere, som for så vidt er en beskjeden ressursinnsats. Man får da plutselig tilgang på spesialutdannet personell – også i hjemmene til den enkelte syke, kanskje nettopp til barn og unge, eller til eldre – på en veldig fleksibel måte og med én gang behovet oppstår, istedenfor at man skal måtte vente, kanskje i flere måneder, på å komme til en høyt spesialisert poliklinikk eller et psykiatrisk sykehus, og på veien dit blir pasienten bare verre. Når vi skal skape et helsetjenestetilbud som vektlegger likeverdighet, er det for SV helt grunnleggende at mye av den satsingen skjer ute i kommunene, for kanskje vil en mindre ressursinnsats der kunne gi større uttelling.

Vi i SV er glad for at vi har fått gjennomslag for at man skal foreta en lovgjennomgang knyttet til lov om psykisk helsevern for å se på endringer som gjør at helsepersonellens ansvar knyttet til behandling av rusmiddelbrukere blir klarere. Det man har hatt til nå, har på mange måter vært et svarteperspill knyttet til rusmiddelbrukere, på en slik måte at man ofte har definert det ut av helsevesenet og sagt at dette er et ansvar for sosialkontorene. Men det er helt åpenbart at den faglige kompetansen ikke er tilstedeværende ved sosialkontorene. Man kan ikke forvente at en sosialkurator skal klare å ta innover seg alle aspektene ved behandlingsmessige behov hos en rusmiddelbruker. Samtidig er det slik at lov om sosial omsorg i dag ikke gir den hjemmel man trenger for å kunne gjennomføre tiltak overfor rusmiddelbrukerne, noen gang mot deres vilje. Derfor er en sånn lovgjennomgang etter vårt syn svært nødvendig, og vi er glad for at Stortinget ber Regjeringen om å foreta den lovgjennomgangen.

Det man også ser i dag, en type behandling av rusmiddelbrukere som gjør oss i SV betenkt. Det var nylig et oppslag i Dagsavisen der man beskrev at metadonbrukere som ble gravide, for så vidt fortsatte sin behandling med metadon, og så fikk man i ettertid behandling av barnet på grunn av abstinenssymptomer. Det må være galt. Det må være galt at man har fått en samfunnsutvikling der man ser på det ufødte barnet som et terapeutisk middel for at rusmiddelbrukeren skal komme ut av sitt misbruk, i stedet for at man blir opptatt av at man skal holde vedkommende som er gravid, rusfri – om så mot vedkommendes vilje – inntil barnet er født, for å ivareta det barnets interesser. Det kan umulig være rett at man skal ha et samfunn der disse barna på sett og vis of-

res og blir et terapeutisk middel, som metadon er, for å oppnå rusmiddelfrihet. Jeg vil si at det er nettopp et eksempel på at man trenger en annen type lovverk for å gripe fatt i slike problemstillinger. Jeg etterlyser også en større grad av bevissthet blant helsepersonell for å hindre at slike ting skjer. Jeg må si jeg var sjokkert over kollegaer som i Dagsavisen uttalte seg om at det er relativt enkelt å behandle nyfødte for abstinenssymptomer. Det tyder ikke på en veldig stor grad av faglig integritet som man skal møte de utfordringene med.

Det er veldokumentert at det er tett sammenheng mellom rusmiddelmissbruk og tilgjengelighet. Jeg må si at det er overraskende at nettopp Kristelig Folkeparti nå har vært med på en reduksjon av alkoholavgiftene. Det ser ut som det er stort behov for å sette det man har av kunnskaper, ut i praktisk politisk handling. Det vil helt sikkert gjelde på andre områder også, når det gjelder bruk av narkotiske stoffer bl.a. Vi har kommet for kort i Norge, men kanskje har vi også vært for lite lydhøre i forhold til fagmiljøene med hensyn til hva slags tiltak man burde ha iverksatt for å redusere bl.a. overdosedødsfallene. Det er også alarmerende at man nå får inn rapporter om overdosedødsfall der vedkommende som har dødd bare får påvist metadon i blodet.

SV er glad for at et flertall ber om at boligtilbudet i kommunene til rusmiddelmissbrukerne skal bedres, og at man har fått til et vedtak i regi av sosialkomiteen der Regjeringen bes om å bidra til at det er økonomiske midler til hele tiltakspakker som dekker et helhetlig omsorgs- og behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere.

Vi ønsker også å sette inn mer ressurser innenfor rusmiddelomsorgen og å målrette tiltakene også på den forebyggende siden, i håp om at man over tid kan få færre rusmiddelmissbrukere.

SV har også gjennom et landsmøtevedtak tatt til orde for at man bør samordne sosial-, arbeidsmarkeds- og trygdeetaten til én felles offentlig etat. Vi er glad for at en samlet komite ber Regjeringen om å utrede spørsmålet om en felles offentlig etat for sosial-, arbeidsmarkeds- og trygdeetaten. Det har vært mye snakk om omstilling av offentlig sektor, men dette er en type omstilling som virkelig kan ha stor betydning for den enkelte.

Det man dessverre har sett i altfor mange kommuner, er at ulike personer som har hatt behov for stønad, har blitt kasteballer mellom de ulike etatene. Kanskje har det begynt med at man har blitt arbeidsledig og så mister retten til dagpenger. Kanskje er vedkommende syk og kan ikke komme tilbake i arbeidsmarkedet. Man blir ute av arbeidsmarkedet lenge, får ikke lenger sykepenger og må gå og få sosialhjelp. Det blir en kanosagang mellom disse instansene, hvor man på en måte trekker litt på skuldrene og sier at dette er ikke mitt ansvar. Så får man ikke til helhetlige løsninger for den enkelte søker der de tre ulike etatene samordner seg for å sørge for at vedkommende mest mulig kan bli selvhjulpen og komme ut i samfunnet igjen. En samordning vil kunne bidra til det etter SVs syn.

Når det gjelder fastlegeordningen, har jeg registrert den store motstanden som enkelte har i forhold til den.

Men på samme måte som SV ser det som viktig når man først har valgt å la staten overta sykehusene, å være konstruktiv for å få den statlige overtakelsen til å fungere best mulig, må det være viktig å få fastlegeordningen til raskest mulig å bli en ordning som er mest mulig tjenlig for hele befolkningen. Det kan umulig være tjenlig å undergrave ordninger som man har vedtatt, og som man har investert store kostnader i for å få til. Derfor ser SV det som en stor utfordring å tilrettelegge for rekrutteringstil-tak ute i kommunene, slik at man får flest mulige fast-leger også der hvor man i dag sliter med rekrutterings-vansker. Og SV ser det som en stor utfordring å tilrette-legge for gode kommunale legevaktordninger. Det er helt åpenbart – der har Alvheim rett – at den avtalen som ble inngått mellom Lægeforeningen og staten, var for dårlig på det punktet. Man tok ikke høyde for be-hovet for at kommunene fortsatt skulle ha godt organi-serte legevakter. Det kan fastlegeordningen alene ikke løse.

I kjølvannet av fastlegeordningen ser vi at det nå er store problemer med å rekruttere til samfunnsmedisinske stillinger. Over 30 pst. av stillingene for assisterende fyl-kesleger står ubesatt, og en rekke kommuner sliter med å rekruttere til kommunelege I-stillingene. Man er nødt til å rette søkelyset mot årsakene til det, og prøve å gjøre noe med det. Det vil være lite tjenlig hvis samfunnet ikke har et aktivt redskap både i fylkeslegekontorene og ute i kommunene som kan kartlegge hva den medisinske situa-sjonen er i et samfunnsmessig perspektiv, og som sikrer fagligheten også på det området. Derfor er jeg også glad for at komiteen samlet ber Regjeringen om å foreta en gjennomgang av situasjonen for de samfunnsmedisinske fagområdene, både når det gjelder fagutviklingen, og når det gjelder rekrutteringen.

SV har hele tiden ønsket at vi skal komme i gang med en tannlegeutdanning i Tromsø. Vi var tidligere alene om det, men registrerer at flere og flere partier går inn for det. Vi håper at Regjeringen i en eller annen form vil ta initiativ til at den tannlegeutdanningen nå kommer i gang. Det er bekymringsfullt at det er så store rekrutte-ringsvansker, spesielt distriktsfylkene sliter for å klare å få tak i tannleger. Og etter SVs syn burde man ha tatt et grep knyttet til tannlegene for å samordne den private tannhelsetjenesten og det offentlige tannhelsetilbudet for å spille på lag for en bedre tjeneste for brukerne. Derfor trenger man den stortingsmeldingen som SV har bedt om, og som Regjeringen skal komme tilbake til Stortinget med når det gjelder tannhelsetjenesten generelt.

Jeg vil til slutt ta opp de forslag som SV selv har eller er medforlagsstiller til.

E i r i n F a l d e t hadde her overtatt president-plassen.

Presidenten: Olav Gunnar Ballo har tatt opp de for-slag han selv refererte til.

Det blir replikkordskifte.

Elisabeth Røbekk Nørve (H): Alternativ til Abort i Norge er en organisasjon som gir rådgivning til gravide kvinner som av forskjellige grunner er usikre på om de skal bære fram barnet. En del kvinner blir dessverre pres-set til abort av familien eller barnefaren; det kan være andre faktorer som spiller inn, slik som økonomi, studier eller ganske enkelt utrygghet i forhold til det å være ale-ne om ansvaret.

Stiftelsen AAN stiller med hjelp og rådgivning under svangerskapet dersom man bestemmer seg for å beholde barnet. Etter fødselen disponerer AAN frivillige som hjelper til med barnevakt ved behov, og de bidrar ofte med lån av barnevogn og andre hjelpemidler.

Mange kvinner som tviler seg fram til abort, opplever ofte i etterkant å få store psykiske problem. I den sam-menheng trer også AAN støttende til.

Mine spørsmål til representanten Ballo er følgende: Hvorfor har SV tatt bort hele støtten, 12,1 mill. kr, til AAN? Ser ikke representanten Ballo det viktige forebyg-gende arbeidet organisasjonen bidrar med? Når vi vet at det offentlige tjenesteapparatet svikter i det å gi tilsva-rende tilbud, er det et ønske at representanten Ballo for-teller hvem disse kvinnene skulle henvendt seg til i fram-tida dersom SV hadde fått gjennomslag for sitt forslag, som ville ført til at tilbudet forsvant.

For øvrig har jeg lyst til å støtte representanten Ballo i det han tok opp når det gjaldt Dagsavisen og behandlin-gen av gravide rusmisbrukere med metadon. Jeg støtter fullt ut den kritikken som kom der, og jeg håper dette blir tatt tak i ganske fort.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg vil først få takke for støtten. Jeg tror at sosialkomiteen har en viktig rolle å spille på tvers av partipolitiske skillelinjer når det dukker opp en del problemstillinger som man på en måte ser at man ikke kan være med på. Jeg synes det er bra at det blir understreket.

Når det gjelder AAN, har SV, etter tidligere å ha gitt bevilgninger, tenkt gjennom hva slags type informasjon vi ønsker til gravide som er abortsøkende. Vi ønsker at den informasjonen skal være mest mulig livssynsøytral og skje i offentlig regi. Etter mitt syn bør fastlegen spille en nøkkelrolle, fordi vedkommende ofte vil kontakte lege som en konsekvens av graviditeten, og fordi det vil være legen som gjerne sender papirene videre til sykehu-set der det vil være aktuelt at aborten skal foretas. Det kan også, som et alternativ, være aktuelt at vedkommen-de snakker med jordmor. Men vår ressursinnsats vil altså gå på det offentlige. Det er helt riktig at det offentlige har gitt for dårlig, for ulik informasjon. Kvaliteten har vært for dårlig, men det tar jeg som et tegn på at man bør øke ressursinnsatsen i regi av det offentlige. Jeg tror at det AAN gjør, kan være prisverdig overfor mange grupper, men samtidig må organisasjonen sikre midler på andre måter enn gjennom bevilgninger over statsbudsjettet. Vi mener at de ressursene skal gå til det offentlige for å kvali-tetssikre informasjonen – at den er helhetlig, at den for så vidt ikke er basert på grunnholdninger, verdiholdninger

til selve abortloven, men på en livssynsnøytral tilnærming.

Harald T. Nesvik (FrP): Representanten Ballo sier at det er viktig at den informasjonen man får i forbindelse med at man vurderer om man skal ta abort eller ikke skal ta abort, er mest mulig livssynsnøytral.

Representanten Ballo sier som sagt at man har lagt vekt på livssynsnøytral informasjon, og så har man økt post 71 Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap. Problemet er bare at SV og representanten Ballo har sørget for at dette området sett under ett – altså postene 71 og 72, både AAN og opplysnings-tiltak – er redusert med 8 mill. kr. Det vil si at det er betydelig mindre penger i systemet til å kunne ta for seg denne veldig viktige oppgaven. Og det er en kjensgjerning at AAN i Norge har en veldig viktig oppgave. Det er en etablert organisasjon som er høyt aktet og høyt respektert. Så her har SV et forklaringsproblem, ut fra sin begrunnelse.

Så et problem til som jeg ber om at representanten Ballo knytter noen kommentarer til. Jeg sitter og ser på de sammenliknbare forslagene i budsjettet – og da går det på tallbudsjettet. Vi vet jo at SV har vært imot innsatsstyrt finansiering, men er det ikke litt underlig at man reduserer på den måten som SV gjør når det gjelder innsatsstyrt finansiering, for å spre det vidt utover alle mulige andre felt, og også da sørger for at sykehusene har mindre penger å behandle pasienter med?

Representanten Ballo nevner at vi må forholde oss til de vedtak som Stortinget har fattet, og henviser da til fastlegereformen, men når skal representanten Ballo forholde seg til de vedtak som er fattet når det gjelder innsatsstyrt finansiering og statlig overtakelse av sykehusene?

Olav Gunnar Ballo (SV): Det beløpet som vi kutter på kap. 719 post 72, altså Stiftelsen AAN, er 12,1 mill. kr. Det beløpet tilbakeføres til post 21 og post 71, der vi for-deler det på tilskudd til opplysningstiltak og på tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren. Og når vi bruker det også på den andre sektoren, altså post 21, så gjør vi det fordi det jo ikke er et poeng at man bare skal informere når uønsket svangerskap har oppstått, men det er et poeng å hindre at uønsket svangerskap oppstår i det hele tatt. Derfor ønsker vi å styrke bl.a. midlene knyttet til ungdomsservicekontor, til veiledning på helsestasjoner i regi av jordmødre og helse-søstre og bruke ressursene der. Så kan man alltid diskutere hvor man får den største effekten. Det er jo det hele debatten om statsbudsjettet dreier seg om. Det er en ressurssinnsats – og det er for så vidt del to av Nesviks spørsmål.

Det jeg poengterte i mitt innlegg – kanskje ikke tydelig nok, fordi jeg ikke fikk tid til å snakke om sykehussektoren – var at jeg tror at det er all mulig grunn for alle partier til å være betenkt over den enorme veksten vi nå ser innenfor sykehussektoren. Veldig mye tyder på at den innsatsstyrte finansieringen bidrar til mye av den veksten.

Det som SV gjør, er i mye større grad å sette ressurserne inn i kommunene. Når Nesvik ser at vi reduserer fra 50 pst. til 45 pst. og bruker drøye 1,25 milliarder kr på andre områder, må han summere utgiftene og se at meste-parten tilbakeføres til sykehussektoren. Men en del settes målrettet inn, bl.a. i satsing på sykestuer, med 100 mill. kr, og på ulike tiltak når det gjelder psykiatrien i kommunene for å hindre det store behovet for sykehusinnleggelse, og tiltak innenfor spesialisthelsetjenesten. Vi gjør altså noe med hele kjeden som skal gjøre det unødvendig å bruke ressurser på så høye nivåer.

Harald T. Nesvik (FrP): Enkelte ganger når man tar en replikk, håper man å få et spesielt svar. Denne gangen fikk jeg det. Derfor skal jeg stille enda et spørsmål til representanten Ballo, fordi Ballo nå stod på denne talerstolen og snakket om den enorme veksten innenfor sykehussektoren, og at vi må gjøre noe her. Da er det jo underlig at representanten Ballo sammen med en del andre har fremmet et forslag om at man skal dekke alle fylkeskommunens utgifter i et sluttoppgjør i forbindelse med statlig overtakelse av sykehusene. Da ser man på hele sektoren ut fra kommunens interesse. Det som Fremskrittspartiet i den sammenheng har fremmet, er at man bl.a. skal dekke opp akkurat det som går på selve pasientbehandlingen, mens representanten Ballo i det Dokument nr. 8-forslaget der han er medforlagsstiller, ikke har presisert hva som skal dekkes. Da er jo spørsmålet til representanten Ballo: Er ikke dette et signal om at man nettopp ikke har tatt signalene om utgiftsøkninger innenfor helsesektoren på alvor? Det er jo ikke bare det som går på behandling av pasienter, som skaper de enorme utgiftene. Det har også Fremskrittspartiet sagt. Vi må også se på organiseringen innenfor disse foretakene. Selve den statlige overtakelsen løser ikke problemene i helsevesenet. Vi må se det i sammenheng også med den organisatoriske biten. Men hvorfor vil da bl.a. SV gå inn for at alle utgifter dekkes – slik har i hvert fall jeg forstått representanten Ballo i media – i forbindelse med den statlige overtakelsen? Her tror jeg SV har et forklaringsproblem.

Olav Gunnar Ballo (SV): Det er mulig at angrep er det beste forsvar. Men det som er bemerkelsesverdig, er jo ikke at SV ønsker å gi støtte til fylkeskommunene for å dekke deres underskudd, slik at man kan gjennomføre andre tiltak som det er behov for. Det er jo det det dreier seg om. Hvordan ivaretar man videregående skoler på en skikkelig måte, der man ikke har en svær gjeld å ta med seg videre? Hvordan ivaretar man kulturtilbudet på en skikkelig måte, der man ikke har en svær gjeld å ta med seg videre? Hvordan ivaretar man veitilbudet i de ulike fylkene, også i representantens hjemfylke, Møre og Romsdal, på en anstendig måte? Det er jo spørsmålene. Det Fremskrittspartiet på en helt utrolig måte klarer, er å melde seg ut av den debatten – kanskje fordi man er imot fylkeskommunen, jeg vet ikke – ved å si at man ikke skal rydde opp i den gjelden som fylkeskommunene nå sliter med, når staten overtar sykehusene. Det Dokument nr. 8-forslaget som er lagt fram, der SV er medforlagsstiller

sammen med Arbeiderpartiet og Senterpartiet, tar jo nettopp utgangspunkt i det. Det ville være en helt destruktiv tilnærming hvis man sier at fordi fylkene har opparbeidet seg gjeld som en konsekvens av at de har drevet sykehusene, får de ha det så godt nå som staten overtar. Det er jo ikke den enkelte fylkespolitiker – selv om man skulle ha mye imot dem, det har ikke jeg personlig, men det er det mulig andre har – som rammes av det. Det er befolkningen i disse fylkene som rammes av det. Derfor er det selvfølgelig veldig viktig for SV at vi nå setter fylkeskommunene i stand til å ivareta sine andre oppgaver på en skikkelig måte.

Jeg har registrert at Høyre tidligere har vært opptatt av det samme. Jeg håper at Regjeringen på sikt kommer tilbake med en gjeldsletteplan for fylkene, slik at man får vitale fylker også nå som staten skal drive sykehusene videre. Det er den problemstillingen Dokument nr. 8-forslaget dreier seg om.

Presidenten: Replikkordskiftet er omme.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): En kan trygt si at Regjeringen har fått fullt gjennomslag for sin politikk, når en kun har flyttet på 33 mill. kr i et budsjett på nesten 232 milliarder kr.

Kristelig Folkeparti er tilfreds med at en prioriterer innsatsen for de svakeste og for dem som har det vanskeligst. Det betyr mye for uføre at barnetillegget i folketrygden øker med 10 pst. og gir en økning på over 5 000 kr pr. barn pr. år. Merutgiftene er på 81 mill. kr i forhold til Arbeiderpartiets forslag.

For familier som er avhengig av sosialhjelp i en vanskelig situasjon, er det viktig at kontantstøtten holdes utenfor. Da vi behandlet utjamningsmeldingen, var alle partiene, utenom Fremskrittspartiet, enige om dette. Nå har Arbeiderpartiet, Senterpartiet og SV snudd. Dette er vanskelig å forstå, da en evaluering av kontantstøtten tydeliggjør at den har virket økonomisk utjevne.

Det er bra at Regjeringen har ambisjoner om å forhindre fattigdom og nød, og lager en tiltaksplan mot fattigdom. Det er viktig å evaluere dagens velferdstiltak. Trefrer de godt nok? Bør vi ha nye?

For Kristelig Folkeparti handler velferdspolitikken om trygghet og verdighet. For de aller fleste av oss betyr det å ta ansvar for eget liv – ta ansvar for oss selv og våre nærmeste.

Noen faller utenfor og trenger hjelp til å greie hverdagen. Nærmere 800 personer står i metadonkø. En styrking på 26,5 mill. kr vil avhjelpe situasjonen. Samtidig bevilges 55 mill. kr for å gi et lavterskel helsetilbud til rusmisbrukerne. Dette tilbudet overføres til Helsedepartementet fra neste år. Kristelig Folkeparti mener dette tydeliggjør at ingen kan fraskrive seg ansvaret.

Norge er dessverre det landet som har flest overdosedødsfall. Brukere av både alkohol og narkotika blir stadig yngre. Det er positivt at Regjeringen vil utarbeide en handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Forebygging er helt sentralt, men det er også viktig å holde fast på målet om å gjøre brukerne rusfrie.

Kristelig Folkeparti er glad for at de store helsereformene – som kreftplan, psykiatriplan og reformer når det gjelder sykehusutstyr – følges opp, slik at det gis forutsigbarhet. En utvidelse av ISF-ordningen fra 50 til 55 pst. samtidig som kryptaket fjernes, vil føre til at flere pasienter blir behandlet. Kristelig Folkeparti ser behovet for en helhetlig gjennomgang av sykehusbevilgningene i revidert nasjonalbudsjett sett i lys av de erfaringer man kan trekke etter at staten har overtatt spesialisthelsetjenesten.

Gjennom et konstruktivt samarbeid med Fremskrittspartiet ble det plussset på 20,5 mill. kr for å øke kurdøgnprisen til våre opptreningsinstitusjoner.

Det er spennende at en samlet komite vil gi 10 mill. kr til å utprøve en terapeutisk vaksine som kan gi håp for pasienter med hiv og aids.

Flerparten støtter arbeiderpartiregjeringens forslag om å avvikle offentlig støtte til kunstig befruktning for barnløse. En samlet komite sa dette da vi behandlet verdimeldingen. Det er ofte smertefullt å prioritere, og vi har alle mottatt mail og brev fra frustrerte par som ønsker seg egne barn.

Til slutt vil jeg understreke behovet for flere hospiceplasser. Det er positivt at man i kreftplanen har satt av 50 mill. kr til regionsykehusene for å bygge opp kompetansesentre for lindrende behandling, og at man har funnet rom for å styrke budsjettet med 20 mill. kr for å etablere flere hospiceplasser i 2002. De fleste ønsker å være nær sin familie når de er kommet til livets slutt. Målet må være å tilrettelegge for hospice i nærmiljøene – i kommunene. Tilbudet til uhelbredelig syke og døende må være integrert i den vanlige helsetjenesten.

Smertebehandling og lindring av symptomer er viktig, men en må ikke glemme at pasienten har et helhetlig behov. Ved siden av de fysiske og psykiske behovene er det like viktig at de åndelige og eksistensielle behov blir imøtekommet.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Britt Hildeng (A): Vi har lagt bak oss en valgkamp hvor velgere helt klart gav uttrykk for redsel for at sykelønnsordningen kunne bli svekket i den stortingsperioden vi nå er inne i. Slik jeg oppfattet sluttspurten i valgkampen, fikk jeg imidlertid forståelsen av at ingen partier ville røre sykelønnsordningen. Derimot ble det gitt en allmenn tilslutning til intensjonsavtalen mellom arbeidslivets parter om å få ned sykefraværet. Derfor blir jeg veldig bekymret når jeg leser regjeringspartienes og Fremskrittspartiets merknader, der det gis uttrykk for at

«det må vurderes innstramminger i regelverket for sykepengeutbetalinger, dersom målene i den inngåtte avtalen mellom partene i arbeidslivet ikke nås».

Betyr det som står her, at Kristelig Folkeparti er beredt på å innføre karensdager eller reduksjon i sykepengeutbetalingene i denne perioden, slik det står også i Kristelig Folkepartis program? Eller vil Kristelig Folkeparti være en garantist for at dette ikke vil skje? Dersom Bondevik-regjeringen er beredt på å innføre reduksjon i sykepengeutbetalingene, slik det står i regjeringspartie-

nes merknader, deler da representanten Woie Duesund min vurdering om at velgerne i så tilfelle vil bli ført bak lyset?

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): For det første vil jeg si til representanten Britt Hildeng at velgerne er ikke blitt lurt av Kristelig Folkeparti. Kristelig Folkeparti har ikke på sitt program at det skal være en karensdag. Vi har gått bort fra det. Vi hadde det tidligere, men vi har sett at det kunne få uheldige konsekvenser, ikke minst for kvinner og langtidsledige. Representanten Hildeng kan stole på at Kristelig Folkeparti vil følge opp intensjonsavtalen som er inngått med NHO og LO. Det som er sagt, at en skal vurdere innstramminger dersom målene ikke nås, betyr ikke at en ikke holder fast ved en intensjonsavtale. Vi har heller ikke rørt sykepengene nå i budsjettet, for å holde fast ved det målet. Samtidig er det viktig at vi tar tak i de store problemene som går på å utforme arbeidsplassene slik at folk blir værende og ikke blir sykmeldte. Der har vi en stor jobb å gjøre, og Regjeringen er godt i gang med å følge opp arbeidsledige og vil fortsette med det.

Harald T. Nesvik (FrP): Jeg må knytte en liten kommentar til foregående replikants spørsmål til Kristelig Folkeparti, for det er nesten utrolig at Arbeiderpartiet bringer sykelønnen og valgkampen på banen igjen, etter historien med sykelønnen, men det er jo lov å prøve seg.

Jeg vil ta opp en annen sak som Kristelig Folkeparti stod veldig sterkt på i valgkampen, og det var kampen for de gamle og syke, for pensjonister, og muligheten for å sikre disse en trygg hverdag, samt kampen for egenandeler i helsevesenet. Og da er det jo litt underlig det som kom i tillegg nr. 4 til budsjettet, for regjeringen Stoltenberg hadde faktisk lagt inn et positivt tiltak for å hjelpe syke og eldre mennesker i dette landet, ved at uførepensjonister og alderspensjonister skulle være fritatt for egenandeler for medisiner og sykepleieartikler på blå resept. Dette var det første Bondevik II fjernet da de kom i regjering.

I tillegg er det underlig at regjeringspartiene faktisk er de eneste som står utenfor et forslag om at trygdeoppgjøret minst skal reguleres på linje med lønns- og prisutviklingen i samfunnet ellers. På samme måte står man utenfor når det bl.a. gjelder den veldig viktige alzheimermedisinen Aricept og revmatikermedisinen Remicade – for å få den finansieringsbiten på plass. På område etter område står regjeringspartiene utenfor.

Synes representanten fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund, at dette er i tråd med den sosiale profilen som man ønsket å legge seg på? Synes hun ikke at man burde gi litt mer til dem som virkelig har behov for det?

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Representanten Harald Nesvik lurte på om Kristelig Folkeparti hadde holdt sine valgløfter. I valgkampen sa Kristelig Folkeparti, i likhet med andre, at vi ikke skulle øke egenandelene. I posisjon har vi faktisk gått lenger, vi har minsket egen-

andelene ved at egenandelstak 1 er gått ned til 1 350 kr, altså enda bedre enn det vi lovet i valgkampen.

Da vi ikke i første omgang gikk inn for at uføre og eldre skulle slippe å betale egenandel for medisiner på blå resept, var det fordi vi syntes det var veldig lite målrettet. Det ville betydd at alle pensjonister skulle slippe å betale egenandel. Og det er jo heldigvis slik at flere pensjonister nå har bedre råd og anledning til å kunne betale et besøk hos legen når de trenger det. Men det som er viktig, er at vi har snudd. Vi er med på det forslaget nå. Så det er ikke riktig det som representanten Nesvik sier, at vi ikke er med på den ordningen.

Når det ellers gjelder den sosiale profilen, synes jeg det er viktig å minne om at det var regjeringen Bondevik I som faktisk gjorde et løft for minstepensjonistene ved å gi dem en ekstra tusenlapp, slik at 130 000 minstepensjonister fikk en bedre hverdag.

Dessuten så regjeringen Bondevik I nærmere på retninglinjene for å regulere G-beløpet, fordi det hadde vært underregulert over flere år mens Arbeiderpartiet satt i regjering. Når vi ikke vil gå inn for det, er det fordi vi ikke synes at Stortinget skal gå inn og overprøve reelle forhandlinger.

Olav Gunnar Ballo (SV): Helt på tampen av forrige stortingssesjon i vår fremmet tre av stortingsrepresentantene fra Kristelig Folkeparti et Dokument nr. 8-forslag som gikk på at man skulle gjennomføre tiltak for å få utdannet helsepersonell tilbake til sine yrker. Også partiets leder, Valgerd Svarstad Haugland, var medforslagsstiller sammen med Åse Gunhild Woie Duesund og Are Næss – de to representantene Kristelig Folkeparti da hadde i sosialkomiteen.

Dessverre – også for SVs del – fikk ikke de forslagene som Kristelig Folkeparti tok opp, flertall, men det var ikke mye om å gjøre. Et mindretall, bestående av Kristelig Folkeparti, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, gikk inn for at Stortinget skulle be Regjeringen, med utgangspunkt i handlingsplanen for helsepersonell 1998-2001, raskt å fremme forslag til konkrete tiltak som kunne få utdannet helsepersonell tilbake til sine yrker. Forslaget er litt lenger, men de som vil se hele ordlyden i forslaget, vil finne det i budsjettinnstillingen på side 86, som forslag nr. 3. Den eneste forskjellen er at det i det opprinnelige forslaget har sneket seg inn et komma bak ordet 2001 – ellers er forslaget helt identisk med det forslaget som Kristelig Folkeparti var med på å ta initiativ til i vår.

Nå er det altså Fremskrittspartiet, SV og Senterpartiet som er medforslagsstillere til dette forslaget. Men Kristelig Folkeparti vil ikke gå inn for det forslaget de selv tok initiativ til våren 2001. Hadde de gjort det, ville det nå fått flertall, og Kristelig Folkeparti ville ha fått gjennomslag for sitt Dokument nr. 8-forslag. Jeg vil spørre Åse Gunhild Woie Duesund om begrunnelsen for at man ikke går inn for et forslag som er helt identisk med det de selv tok initiativ til for bare få måneder siden. Er det dette kommaet som nå er til hinder for at Kristelig Folkeparti kan gå inn for forslaget?

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Jeg synes det er bra at SV og Kristelig Folkeparti har stått sammen om mange gode velferdstiltak. Det igjen har ført til at vi har behov for mer helsepersonell, fordi vi har mange uløste oppgaver. Jeg synes det er enda mer gledelig at en samlet komite er enig i det Dokument nr. 8-forslaget, som jeg var med på å fremme i vår, om at vi skal gjøre mer for å rekruttere og beholde helsepersonell. Da sier en samlet komite, og her er vi alle enige, og det er grunnen til at vi står der, at det er viktig og «nødvendig med både konkrete rekrutteringstiltak og stabiliseringstiltak i form av attraktive arbeids- og lønnsforhold».

Da vi fremmet Dokument nr. 8-forslaget, var mye av begrunnelsen at det er så mange sykepleiere som er ferdig utdannet, som ikke velger å gå tilbake til sitt yrke. Noe som har vært prøvd i mellomtiden, bl.a. i Akershus, er at man har hatt et oppdateringskurs, og 90 pst. av dem som har gått på det kurset, har gått tilbake til sine yrker. Det er viktig. Det er også viktig at vi har satt i gang en desentralisert sykepleierutdanning for å få flere. Vi prøver også å rekruttere fra andre land for å få nok sykepleiere. Her står vi sammen i kampen for å få gjennomført reformene med nok helsepersonell.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

Ola D. Gløtvold (Sp): Sosialkomiteens budsjettinnstilling med rammeområdene 15 og 16 utgjør med sine vel 230 milliarder kr ca. 40 pst. av statsbudsjettet for 2002. Om lag 75 pst. av utgiftene er knyttet til folketrygden.

Senterpartiet prioriterte i sitt alternative statsbudsjett i høst forebygging, noe vi mener er svært viktig dersom vi skal skape et sunnere samfunn der alle kan få sin rettmessige del av velferdsgodene uten at utgiftene til sosial- og helsesektoren skal ta helt av og vokse oss over hodet.

Reparasjon og behandling vil fortsatt være viktig og utgjøre store utgiftsposter på vårt sosial- og helsebudsjett, men virkemidlene må i større grad settes inn på et tidligere tidspunkt, slik at behovet for disse utgiftene kan avta. Det er absolutt påkrevd å innføre også et føre var-prinsipp i helse- og sosialpolitikken.

Skal det lykkes, må ressursene settes inn i forebygging og tiltak som forhindrer utstøting, fattigdom, sykdom og skader. Senterpartiet mener at gode og trygge oppvekstvilkår for barn og ungdom er den beste investeringen vi kan gjøre i forebyggingssammenheng.

Trygge og gode oppvekstvilkår skapes først og fremst i den enkelte nærmiljø, om det er i by eller bygd. Politisk og forvaltningsmessig er dette kommunenes ansvar og område, men vi som rikspolitikere må påse at kommunesektoren er i stand til å ivareta og utføre disse viktige oppgavene på en skikkelig måte. Det er derfor beklagelig at ikke langt flere ser hva en god kommuneøkonomi kan bety i innsparinger på lengre sikt og i forhold til reparasjonstiltak som andre forvaltningsnivå senere må foreta og betale for.

Laveste Effektive OmsorgsNivå, det såkalte LEON-prinsippet, var i tidligere tider et sentralt begrep i helse-

sektoren. Dette prinsippet kan med fordel overføres til flere områder og bør ligge til grunn for disponering og prioritering i en utvidet og helhetlig omsorgspolitik.

I den sammenheng er det viktig også å inkludere det frivillige arbeidet og de frivillige og brukerorienterte organisasjonene. Innenfor frivillighetsfeltet utføres det et stort og viktig arbeid som det offentlige, og ikke minst staten, må spille på lag med og støtte opp om. Senterpartiet har derfor prioritert dette gjennom sitt budsjettforslag, bl.a. ved å øke støtten til pensjonist- og brukerorganisasjonene og frivillighetsentralene.

Senterpartiet ønsker ikke et uniformert og sentraldirigert omsorgsengasjement verken når det gjelder forebygging eller reparasjon. Men behovet for mangfold og lokale tilpasninger og behov må få utvikle seg innenfor rammen av det likeverdige.

Dette er arbeidet innenfor frivillighetsentralene et godt eksempel på. Her prioriteres lokale behov. Her møtes generasjonene og bistår hverandre til nytte og hygge, og her praktiseres både likemannsarbeid og hjelp til selvhjelp på en god og naturlig måte.

Senterpartiet er bekymret for den utviklingen vi ser når det gjelder deler av barne- og ungdomsmiljøet. Barn som lever i vanskelige kår, de såkalte fattigbarna, har i den senere tid vært et sentralt tema, ikke minst i valgkampen. Da var engasjementet stort hos de fleste. Derfor er det skuffende at ikke flere følger opp, slik at strakstiltakene kunne komme på plass nå. Senterpartiet har gjennom sine forslag i Dokument nr. 8:2 for 2001-2002 foreslått flere punkter som etter vår mening hadde fortjent å få flertall, men vi er samtidig glad for at det, som et resultat av dette Dokument nr. 8-forslaget, i dag blir gjort et vedtak om å be Regjeringen sørge for at bruk av hospits som boligløsning for barnefamilier opphører. Videre er vi glad for vedtaket som ble gjort i går i forbindelse med behandlingen av undervisningsbudsjettet, der det slås fast at grunnskolen må være gratis uten egenandeler. Det er vedtak i tråd med det Senterpartiet har foreslått.

Utviklingen innen rusmisbrukerfeltet er svært bekymringsfull. Økningen i antall brukere, og ikke minst i antall unge brukere, er urovekkende. Opplysninger om en dramatisk økning i spritkonsumet for aldersgruppen 15 til 20 år viser at øl, vin og brennevin fortsatt er kilden til store problem innen rusområdet, og ofte fører alkoholmisbruket til misbruk også av andre rusmidler og er inngangsnøkkelen til dette.

Samarbeidsregjeringens svar på dette er en avgiftsreduksjon på alkohol med 350 mill. kr uten at det foreslås en tilsvarende satsing på forebygging og misbruksreduksjon. Hvor er Kristelig Folkeparti og deres tidligere standpunkt i en av deres virkelige merkesaker?

Senterpartiet ønsker å styrke forebygging og arbeidet med misbruksreduksjon gjennom bl.a. en styrking av de organisasjoner og institusjoner som driver slikt arbeid. Vi har derfor foreslått en økning på budsjettet når det gjelder dette, med 36 mill. kr.

Det er etter vår mening svært viktig at arbeidet med å redusere rusmisbruket og antall rusmisbrukere følges opp med et sett av tiltak. Tilbud om bosted, utdanning,

arbeid og gjennom dette et sosialt nettverk er svært viktig om folk skal klare å komme seg ut av misbruket. Det er ikke nok å vise til medikamentell behandling som den store problemløseren. Slik behandling kan bare bli vellykket om den følges opp med sosiale tiltak, slik at misbrukeren klarer å komme seg inn i en annen og bedre livssituasjon.

At den medisinske behandlingsdelen av rusomsorgen nå blir helsevesenets ansvar, skal vi ikke gå imot. Men Senterpartiet vil advare mot at man med det har løst alle problem. Blant annet må helsevesenet, sosialetaten, utdannings- og arbeidsmarkedsetaten arbeide tett sammen og finne fram til helhetsløsninger som i sum kan gi som resultat et rehabiliteringsopplegg for rusfrihet og et bedre og mer selvstendig liv.

Senterpartiet mener også det gjenstår mye når det gjelder å styrke de funksjonshemmedes situasjon for et bedre og mer selvstendig liv. Vi mener det er uverdigg og uakseptabelt at yngre mennesker skal bo på eldreinstitutioner hvis de selv ønsker å flytte ut. Videre mener vi det må tilføres mer ressurser til ordningen med personlige assistenter for funksjonshemmede ved at dette tilskuddet økes. Dessverre blir det ikke flertall for det, da regjeringspartiene og Fremskrittspartiet går imot en slik styrking med 5 mill. kr.

Senterpartiet forventer at bl.a. disse forholdene i sin helhet blir tatt opp igjen i en helhetlig gjennomgang av de funksjonshemmedes kår når Manneråk-utvalgets innstilling «Fra bruker til borger» forelegges Stortinget til behandling.

Senterpartiet ønsker også å støtte det habiliteringsarbeid som er igangsatt gjennom Petø-metodikken. Mange positive tilbakemeldinger fra foreldregruppen til disse brukerne gjør at dette tilbudet bør få utviklingsmuligheter, bl.a. på Hamar, hvor det nå har blitt et miljø for slik habiliteringsvirksomhet. Dessverre er det bare Arbeiderpartiet og vi som har avsatt midler til en slik ekstra styrking.

Senterpartiet er sterkt bekymret for tilbudet innen rehabilitering og opptrening. De fleste av landets opptreningsinstitusjoner sliter med dårlig økonomi, og flere har også innstilt sin virksomhet i løpet av den senere tid. De økonomiske problemene er i stor grad en følge av for lav kurdøgndekning fra staten. Når pasientegenandelen ble gjort lik for alle og satt til 190 kr pr. døgn, ble inntektsvariasjonene svært begrenset, og staten har ikke fulgt opp med en økning av sin kurdøgndekning.

Senterpartiet har støttet ordningen med en lik egenandel, og støtter også nå at denne senkes fra 190 kr til 150 kr. Kompensasjon for denne senkningen er lagt inn i dette budsjettet med 30 mill. kr, men Senterpartiet mener det er behov for en ytterligere økning i statens tilskudd om vi skal klare å sikre det rehabiliteringstilbudet vi har i dag. I vårt alternative statsbudsjett foreslo vi 100 mill. kr i økt tilskudd til de godkjente opptreningsinstitusjonene. Gjennom en tilpasning til den endelige budsjetterammen og i et forsøk på å få til et kompromiss med en flertalls-løsning justerte vi dette til 78 mill. kr, der 3 mill. kr bevilges til de fire spesielle helseinstitusjonene for å kom-

pensere for merkostnader til pensjonsforsikringsordningen, og 75 mill. kr bevilges til de godkjente opptreningsinstitusjonene i gruppe I og gruppe II.

Det er skuffende å registrere at flertallet, bestående av regjeringspartiene og Fremskrittspartiet, ikke har funnet å kunne bevilge mer enn 20,5 mill. kr. En økning på 75 mill. kr er også mindre enn hva opptreningsinstitusjonene selv bad om, men ville etter vår mening ha vært en brukbar økning inntil Regjeringen kom tilbake med en endret, mer forutsigbar og tilstrekkelig finansieringsløsning for denne virksomheten. Arbeidet med en skikkelig plan for finansiering og kvalitetssikring av opptreningsområdet har Stortinget også tidligere bedt om, og det er skuffende at man ikke har klart å få dette fram før. Nå hviler det et spesielt ansvar på den sittende regjering for å få dette fram før vi mister enda mer av vårt rehabiliteringstilbud. Jeg vil så sterkt jeg kan understreke alvoret i denne situasjonen og be Regjeringen fremme forslag om et forbedret finansieringsopplegg senest i revidert nasjonalbudsjett til våren.

Det har vært mye fokus på ventelister og behandlingssøkene til våre sykehus, men det er også viktig at ferdigbehandlede pasienter har et opptrenings- og rehabiliteringstilbud, slik at de kan gjenvinne optimal funksjonsevne. Det vil være tjenlig både for den enkelte pasient som har slike behov, og det vil ikke minst være positivt for samfunnet og den offentlige økonomien. Når sykdom eller skade oppstår, er det god forebygging for framtida å rehabilitere på en skikkelig måte.

Det er skuffende at den sittende regjering ikke innser dette. Det er også merkelig at denne regjeringen som snakker så positivt om de private aktørene i helsevesenet, ikke kan bidra sterkere til at de private opptreningsinstitusjonene som i lang tid har vært en del av vårt helsevesen, og som i det store og hele har fungert meget bra, ikke skal få bedre driftsvilkår til beste for dem som trenger rehabilitering og opptrening.

Senterpartiet mener det er behov for et utvidet rehabiliteringstilbud, og mener Regjeringen må følge opp planene for Røros Rehabiliteringssenter og også avklare utbyggingsplanene som foreligger i Aust-Agder.

Når det gjelder eldrereformen, vil vi understreke at det er svært viktig å få fullført denne slik at alle kommuner som nå har behov for utbygging, får dekket dette innenfor de ordninger som reformen har. Reformen må videreutvikles og utvides både kvantitativt og kvalitativt, slik at dekningsgraden i alle kommuner når 25 pst. av befolkningen over 80 år. Det må videre stimuleres til at kommunene prioriterer sykehjems plasser og heldøgns pleie og omsorg.

Eldrereformen har i for stor grad blitt en boreform. Vi må derfor fokusere mer på omsorgens innhold og kvalitet og også være bevisste på at den åpne og hjemmebaserte omsorgen er overmåte viktig dersom de eldre skal ha valgfrihet og kunne bo hjemme så lenge de selv ønsker og har muligheter for det. De eldre skal, selv med redusert funksjonsevne, ha valgfrihet og mulighet til et selvstendig og meningsfylt liv om de velger å bo hjemme eller å flytte til omsorgsbolig eller sykehjem.

(Gløtvold)

Også i denne sammenhengen er det viktig at kommunene har tilstrekkelig med ressurser. Kvaliteten på omsorgstjenestene og helsetilbudet for denne gruppen må i mange tilfeller forbedres betraktelig, men da må også vi som bevilgende myndighet ta ansvar og prioritere. Senterpartiet ønsker å se hele dette feltet i en sammenheng når Regjeringen på nyåret legger fram en sak om oppfølging av eldreplanen.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Magne Aarøen (KrF): Senterpartiet, i lag med SV, er triste for at Kristelig Folkeparti skal ha endra sin alkoholpolitikk. Dersom det var rett, var det naturlegvis grunn til å ta mykje sterkare i, for det er jo feil. Om vi tenkjer på dei kampane vi har kjempa med Senterpartiet rundt om i kommunestyra om deira liberale haldning til alkohol og opne ølkraner, vert dette eigentleg litt spesielt. Der har ofte Senterpartiet, i lag med andre, vunne.

Grunnen til at vi går inn for avgiftslette denne gongen er at vi ynskjer å støtte opp om Vinmonopolet for om mogleg å få redusert grensehandelen og den ulovlege omsetnaden. Men i denne samanhengen, når Senterpartiet er kritiske til oss, er det veldig interessant å registrere kva nestleiarer i Senterpartiet, Liv Signe Navarsete, den 12. november sa i ein debatt i radioen, då ho meir enn ymta om at kvar kommune bør ha sitt vinmonopol, minst.

Mitt spørsmål til representanten frå Senterpartiet, i lys av deira noko kritiske merknad til oss, er følgjande: Er det Senterpartiets nye profil i alkoholpolitikken at det skal vere vinmonopol i alle kommunar, eller er det eit solo-løp frå nestleiar Navarsete som partiet tek avstand frå? Eg ser fram til eit avklarande svar.

Ola D. Gløtvold (Sp): Jeg er ikke helt i stand til å følge Aarøen når han snakker om lokale debatter og kommunestyre. Det er helt klart at det er ulike meninger rundt om i kongeriket om alkoholpolitikken, som om så mye annet. Men jeg tror at Senterpartiet og Kristelig Folkeparti har stått ganske samlet om det meste i alkoholpolitikken og hvordan den bør utøves.

Når det gjelder avgiftslette, begrunnet Aarøen det med den økte grensehandelen og faren for smugling. Så ble det også sagt noe om Vinmonopolet. Når vår nestleder, Navarsete, i Sogn og Fjordane har snakket om Vinmonopolet og et tilbud om vinmonopolutsalg i alle kommuner, er det nettopp fordi vi ønsker å styrke Vinmonopolens situasjon, slik at det blir legal omsetning av legale varer. Det er Senterpartiets politikk. Så må det være opp til det lokale selvstyret om man vil ha et vinmonopol eller ikke. Da regner jeg med at flertallsvedtak også gjelder både for Kristelig Folkeparti og oss. Men i hvert fall så er vi opptatt av at vinmonopolordningen skal styrkes.

Når det gjelder dette avgiftskuttet, synes jeg det er interessant å se at man til og med fra Regjeringens side har innrømmet at billigere priser og avgiftskuttet vil føre til økt forbruk. Og når vi ser oppslag som det som stod i Aftenposten Aften i forgårs, om at «Ungdom går oftere

på fylla», og vi ser at spritkonsumet for 15–20-åringer har økt med det dobbelte på bare få år, er det klart at det er bekymringsfullt. Jeg minnes ganske godt hva tidligere stortingsrepresentant Are Næss sa om nettopp alkohol og faren ved det, og at økt alkoholbruk var inngangsbilletten til alt rusmisbruk. Derfor forundrer det meg mye at når Regjeringen nå foretar dette kuttet i avgifter på 350 mill. kr, følger man ikke opp med forebygging, opplysning og tiltak for en reduksjon i konsumet. Det er ganske merkverdig.

John I. Alvheim (FrP): I motsetning til Fremskrittspartiet, som vil ha et statlig ansvar for eldreomsorgen og også institusjonsomsorgen, har Senterpartiet alltid vært opptatt av det lokale demokrati som alltid gjør saken bedre enn statlig eierskap og statlig styring.

Eldreformen går nå mot slutten. Vi har brukt 26 milliarder kr, og vi har en situasjon i dag med en dårligere sykehjemsdekning enn vi hadde da reformen startet, og vi har faktisk i overkant av 10 000 eldre sterkt pleietrengende mennesker som står i sykehjemskø. Og dette har vi fordi kommunene har utnyttet denne reformen på en etter min mening helt uakseptabel måte, fordi de har lagt økonomiske vurderinger til grunn og stort sett bygd bare omsorgsboliger, som ikke koster kommunen noe som helst. I Oslo kommune setter man nå dette ut, oppstartingsstilskuddet låner man til private entreprenører som restaurerer og bygger omsorgsboliger, mens kompensasjonstillegget som er fire ganger så høyt, går rett i kommunekassa. Da er mitt spørsmål til representanten Gløtvold: Er dette god styring, og har dette vært en god styring med tanke på de pleietrengende fra kommunenes side?

Ola D. Gløtvold (Sp): Som jeg sa i mitt innlegg, er jeg bekymret over at det er for lite sykehjemsplasser og for lite heldøgns omsorgs- og pleietilbud i kommunene. Jeg er allikevel overbevist om at det lokale demokratiet bør være det som tar hånd om dette, men jeg mener også at det i det lokale demokratets navn er gjort feilprioriteringer. Og det er vel riktig, som representanten Alvheim sier, at en del av omsorgsboligutbyggingen er begrunnet i at det er en rimeligere løsning for kommunene.

Jeg tror imidlertid at bevisstheten med hensyn til dette har blitt mye større, og derfor er det i hvert fall min overbevisning at når vi nå skal ha en gjennomgang av hele eldreformen og planene der, må vi legge inn virkemidler som gjør at sykehjemsplasser nå kan prioriteres. At sykehjemsdekningen nærmest er dårligere i dag enn den var før eldreformen startet, skyldes også omgjøringen av to- og flersengsrom til énsengsrom, så noe av forklaringen har vi der.

Når det vises til Oslo kommune, er jeg enig i den beskrivelsen som Alvheim gir. Men også her kan vi få noen overraskelser, for meg bekjent er det høyresida som styrer Oslo kommune, og det er en tidligere FrP-er fra denne sal som i stor grad har ansvaret for en del av helse- og omsorgsvirksomheten i Oslo. Og da er det altså den måten det legges opp på, som Alvheim beskrev.

Jeg synes at staten skal gi rammevilkår og incitament for en riktig prioritering lokalt, og så må det være opp til lokale myndigheter å tilrettelegge ut fra lokale forhold. Men det er helt klart at i det bildet må det være flere hel-døgns omsorgsplasser og ikke minst sykehjemsplasser – og kanskje også sykestueplasser, med tanke på en del av de oppgavene som vil bli tillagt primærhelsetjenesten framover.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg har lagt merke til at Gløtvold i en del sammenhenger har uttrykt en viss skepsis i forhold til fastlegeordningen. Samtidig ser vi at man står overfor to utfordringer. Den ene er å bidra til å rekruttere fastleger til de kommunene som nå ikke har fått besatt alle sine stillingshjemler. Det er ca. 170 ubesatte stillingshjemler. Den andre er å bøte på de manglene som kan være i enkeltkommuner, og særlig er Oslo en sånn kommune, når det gjelder legevakttilbudet til befolkningen i kombinasjon med fastlegeordningen.

SV er opptatt av at begge disse områdene skal være et statlig ansvar, nemlig at man har statlige virkemiddelordninger rettet inn mot kommuner som sliter særlig når det gjelder rekruttering av fastleger, og likeså at staten bidrar aktivt med midler til å styrke de kommunale legevaktene der man har behov for det. Det er klart at kommunene kan barbere sine utgifter på det å basere seg på fastlegeordningen, men det vil ikke være tjenlig for befolkningen, mens en del kommuner selv har påtatt seg store merutgifter her uten å ha fått det kompensert.

Jeg vil derfor spørre Gløtvold om Senterpartiet vil være aktivt med på å bedre ordningen både rekrutteringsmessig og når det gjelder selve legevakttilbudet til befolkningen, gjennom å stå på for å rette opp de svakheterne som man kan se på de to feltene som jeg har nevnt nå. Kan man regne med Senterpartiets støtte videre til å få ordningen til å fungere best mulig?

Ola D. Gløtvold (Sp): Det spørsmålet kunne egentlig besvares kort med et ja, en kan regne med Senterpartiets støtte. Jeg synes det er litt forkjært framstilt av representanten Ballo, for hvis han blar i dagens innstilling, vil han finne flere steder hvor vi er enige om en del av disse tingene også. Og hvis representanten Ballo går tilbake til behandlingen av akuttmeldingen i vår, vil han også der finne merknader og innspill fra Senterpartiet. Vi sier bl.a. at legevaktordningssamarbeid og dyrt vaktordningsoppbygg for enkeltkommuner er noe staten bør se nærmere på og gå inn og bidra med ressurser til.

Når det gjelder ambulansetjenesten, er det på samme måte. Det er også en del av det akutttilbudet som vi må ha ute i distriktene, som er et samspill mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og som er for dyrt hvis kommunene selv skal besørge det som skal være rundt og i forkant av ambulansetilbudet.

Når det gjelder rekruttering til bl.a. de 170 stillingshjemlene som nå står vakant, så har vi sagt at legeforderingsordningen, dette er langt tilbake, må bli bedre og mer målbevisst på at allmennlegetjenesten ute i distriktene må styrkes. Det er gjort grep i den sammenheng i for-

hold til prioritering mellom sykehusleger og allmennleger. Jeg synes at Senterpartiet har et meget godt rulleblad å vise til her, så jeg tror vi fortsatt skal kunne stå sammen om disse spørsmålene.

Presidenten: Før presidenten slipper Gløtvold ned, lurer presidenten på om representanten vil fremme noen forslag.

Ola D. Gløtvold (Sp): Jeg regner med at presidenten registrerte at jeg hadde tidsnød i innlegget mitt, men jeg hadde nederst på det arket skrevet at jeg skulle ta opp de forslag som Senterpartiet står som forslagsstiller til. De andre forslagene som vi er medforlagsstillere til, tror jeg allerede er fremmet.

Presidenten: Ola D. Gløtvold har da tatt opp de forslag han refererte til.

May Britt Vihovde (V): Først vil eg seia at Venstre sjølv sagt stiller seg bak Regjeringa sitt budsjett samt dei forslaga som kjem fram i innstillinga som Høgre og Kristeleg Folkeparti står bak.

Eg kunne nå tatt ei opprømsing av saker som Venstre er spesielt nøgde med, og det kunne blitt ei ganske lang opprømsing, men eg vil heller bruka mitt innlegg til å trekkja fram nokre få saker som det etter vårt syn er viktig å prioritera og fortsetja å arbeida med.

Venstre meiner at menneska er unike, men ulike og ønskjer ulike løysingar. Velferdstilbudet må alltid byggja på respekt for integriteten til det einskilde mennesket og i langt større grad vera tilpassa ønska og behova til den einskilde. Som brukar stiller vi krav om meir fleksible og individuelt tilpassa tenester, som er tilgjengelege når vi treng dei.

Ei sentral utfordring for både helse- og omsorgssektoren framover vil vera å ha nok varme hender som gir pleie og omsorg. For helsesektoren kan det vera å ha rett person på rett plass, men òg arbeidsvilkår for og «vedlikehald» av dei tilsette er viktig.

Den utviklinga som skjer i stort tempo innanfor språkteknologien, vil gi spanande mogelegheiter for reduserte kostnader for brukarane av helsetenestene samt mykje betre utnytting av personalressursane.

Å slå saman sosial-, trygde- og arbeidsmarknadsetaten til ein etat er noko eg fleire gonger har uttrykt frå denne talarstolen at Venstre går inn for. Når ein kjem opp i ein vanskeleg livssituasjon, anten ein mister arbeidet eller heimen, så blir det ganske byråkratisk når ein som i dag kanskje må innom fire ulike offentlege instansar for å sikra seg pengar til det mest nødvendige.

Når sosialkuratorane ved Stord sosialkontor i løpet av eitt år fattar oppimot 3 000 vedtak retta mot 480 brukarar, så viser dette kor detaljstyrt vi har laga hjelpeapparatet. I staden for å bruka arbeidsressursane på å sitja med ein kalkulator for å rekna på krona kva ein brukar har rett på, og så skriva ut einskildvedtak om dette, så ønskjer heller tilsette innan sosialsektoren å bruka kompetansen

på å hjelpa brukarane ut av den vanskelege livssituasjonen.

For Venstre handlar det om å gi alle over 18 år ei garantert minsteinntekt, ei borgarlønn, og også om å bruka den offentlege kompetansen meir effektivt samt å la den einskilde borgaren vera sikra ei viss inntekt.

Venstre er svært glad for at Regjeringa foreslår meir til dei som i dag har minst. Å gjera noko for desse er det viktigaste – ikkje å dyrka avundsjuke som det verken er vaksine eller medisin mot.

Ein auke i barnetillegget, auka tilskot til lys og varme, auka øvre grense og auke i satsen i minstefrådraget er alle tiltak som kjem dei som har minst, til gode.

Venstre meiner at ytingar retta direkte mot barn ikkje bør avkortast fordi om foreldra mottar sosialhjelp. Vi registrerer at det er eit fleirtal som meiner at kontantstøtta bør reknast med i inntektsgrunnlaget for den som søker sosialhjelp. Eg må få uttrykkja at eg er svært skuffa over parti som har skifta syn i denne saka.

I vår var eg med på å fremja forslag om ein kriseplan for å få redusert talet på unge menneske som dør av overdose, samt å gi våre tunge rusmiddelavhengige auka verdigheit og livskvalitet. Statsminister Bondevik uttalte òg i tiltredingserklæringa til Regjeringa at auka innsats for våre rusmiddelavhengige var noko denne Regjeringa ville prioritera.

Venstre er nøgd med at det i budsjettet ligg inne auka løyvingar til lågterskeltilbod og metadonbehandling. Stortinget har tidlegare vedtatt at våre rusmiddelavhengige skal få eit individuelt tilpassa behandlingstilbod. Og i Venstre ser vi forslaget om å be Regjeringa bidra til at det er økonomiske midlar til heile tiltakspakkar som dekkjer eit heilskapleg omsorgs- og behandlingstilbod, som ei oppfølging av dette.

Nå har Regjeringa sagt at dei vil koma med ein handlingsplan, og eg har lyst til å gi nokre signal om kva Venstre meiner ein bør prioritera i ein sånn handlingsplan. For det første må ein ta i bruk den frivillige sektoren, ikkje berre når det gjeld førebygging, men òg når det gjeld behandlingstilbodet. Dei sit inne med ein enorm kompetanse, som det er viktig at vi brukar.

Så har eg vore inne på at vi ikkje har nok personell, og eg trur det å få til eit godt samarbeid og få utnytta det personellet vi har, på ein heilt annan måte må til dersom vi skal kunna gi våre tunge rusmiddelmissbrukarar eit betre tilbod.

Når det gjeld metadon, altså det som går på legemiddelassistert behandling, må vi ikkje laga byråkratiske ordningar som er kompliserte og som legg hindringar i vegen for at ein skal få sett dette ut i praksis. Det har det kome veldig mange signal og innspel om den siste tida.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Ola D. Gløtvold (Sp): Det ser ut som om de små må holde sammen, for da blir det en sjanse til replikkveksling med både spørsmål og svar.

Jeg tar i hvert fall sjansen på å utfordre Venstre på noe som representanten Vihovde selv var inne på, nemlig de-

res forslag fra i vår i forhold til rusepidemien, som det ble kalt. Er det ikke betenkelig at den regjeringen som Venstre er en del av, senker alkoholavgiftene så sterkt som den gjør, når vi ser at gjennomsnittsungdommen i aldersgruppen 15–20 år i dag drikker 5 liter ren alkohol. For snaut ti år siden var konsumet 3 liter – og det er kanskje nok, også det. Vi vet at en undersøkelse på slutten av 1990-tallet viste at halvparten av de spurte mellom 21 og 30 år i Oslo og Akershus sa at de hadde hatt minst ett problem knyttet til alkohol. Og alkoholen er ifølge Hans Olav Fekjær et mye større problem i Oslo-området enn f.eks. hasj. Jeg synes representanten fra Venstre skal kommentere dette, om dette henger sammen med engasjementet de viste i vår.

Så til dette med rus og psykiatri – de dobbeltdiagnose som finnes der. SV og Senterpartiet fremmer i denne innstillingen et forslag om at Regjeringen skal utrede hvilke konsekvenser en behandlingssgaranti for barn og unge med psykiske lidelser vil ha i forhold til eksisterende lovgivning, og samtidig gi en vurdering av de organisatoriske og personellmessige sidene ved en slik ordning. Vi vet at dobbeltdiagnose og kombinasjonen rus og psykiatri er meget vanskelig, og er også meget sterkt utbredt. Vi vet at ca. 2 500 barn – hvis jeg er riktig informert – står på venteliste innenfor psykiatrien. Er det ikke da betimelig at vi får en slik gjennomgang når det gjelder ventelisteproblematikk og behandlingssgaranti for barn og unge innenfor psykiatrien?

May Britt Vihovde (V): La meg begynna med det siste spørsmålet som representanten Gløtvold tok opp. Eg meiner og trur at når vi nå får ein handlingsplan, vil òg det som går på psykiatrien, vera inne. Ein må ha ein total gjennomgang av heile behandlingssapparatet for å sjå på korleis ein skal få til best mogleg samarbeid, kven det er som skal stilla diagnosen, og kven som skal losa dei vidare opp i eit behandlingssystem. Eg er einig med representanten Gløtvold i at psykiatri og rus heng veldig mykje saman.

Så til det som går på alkoholavgifta. Det er viktig å stoppa smuglinga, heimebrentproduksjonen og grensehandelen, og få dette inn i kontrollerte former. I Venstre er vi faktisk òg tilhengjarar av fleire vinmonopol, for då kan ein i alle fall få tak i betre varer enn det som veldig mange ungdommar brukar i dag. Og til spørsmålet om vi einisidig går inn og reduserer avgiftene: Vi gjer jo ikkje det. Vi gir meir i høve til kompensasjonsordninga til den frivillige sektoren, og vi går inn og styrkjer behandlingstilbodet. Ein må føra ein heilskapleg politikk på dette området og ikkje berre einisidig sjå på den eine biten – ein må sjå på totaliteten i budsjettet. Og då er Venstre ganske fornøgd.

Innanfor denne sektoren, spesielt retta mot ungdommen og det som går på førebygging, er det ikkje berre alkoholen vi i Venstre er bekymra for. Ein del av desse stoffa som nå er på veg hit til landet, som verken eg eller så veldig mange andre veit namnet på, vil kanskje ungdommen begynna å eksperimentera med, og det kan gi ganske store skadar. Dette må vi òg ha i fokus når vi nå

skal sjå på ein total handlingsplan, der vi må ta med alle bitane med omsyn til både det å kunne gi behandlingstilbod og det å førebyggja.

Jørgen Kosmo hadde her gjeninntatt presidentplassen.

John I. Alvheim (FrP): Jeg er glad for Venstres engasjement når det gjelder rusproblematikken. Disse problemene blir bare større og større fra år til år og er nå fullstendig ute av kontroll i vårt land. Da har jeg tenkt den tanken: Er det noe galt med vår narkotikapolitikk, og bør den gjennomgås på nytt for å se hva vi kan gjøre for å stoppe denne utviklingen i byer, bygder og i grender?

Mitt første spørsmål til representanten er: Hvordan ser Venstre på å få opprettet en nasjonal, bred narkotikakommisjon for å gå gjennom alle sider ved norsk narkotikapolitikk, også når det gjelder behandling av de narkomane?

Det andre spørsmålet er: Vil Venstre i regjering sørge for at ordningen med sprøyterom, som ble etablert i Oslo av den forrige regjeringen, kan utvides og igangsettes i flere større byer hvor det er et behov for dette?

May Britt Vihovde (V): La meg starta med spørsmålet om sprøyterom. Venstre har tidlegare uttrykt støtte til eit prøveprosjekt med sprøyterom i tilknytning til eit anna heilskapleg behandlingstilbod. Det som PRO-senteret gjorde, synest vi var positivt, men det blei stoppa. Vi veit at det er eit ressurscenter i Bergen som består av Kirkens Bymisjon og Bergensklinikkene, som har søkt om å starta eit tilsvarende prosjekt. Vi trur at det er viktig at dette blir prøvt ut. Men dette er ei sak som nå er ute på høyring, og vi ventar på å få inn høyringsfråsegnene før vi konkluderer med eit fast prosjekt. Men vi har sagt at det hadde vore interessant å få prøvt dette ut. Vi trur det er den rette vegen å gå for å gi tunge rusmisbrukarar eit verdig og betre tilbod enn det dei har i dag.

Så til det med ein narkotikakommisjon. Eg har registrert at representanten Alvheim har lansert dette. Vi er ikkje framande for at dette kan vera ein måte å få sett ein del ting på dagsordenen og få tatt ein total gjennomgang på. Vi registrerer at det er god kompetanse i Noreg når det gjeld det som går på narkotika. Vi har Fagrådet innen Rusfeltet, f.eks., som er eit fagorgan der fagfolk møtest og gir kvarandre innspel. Det å kunna samla desse fagfolka og få evaluert den forskinga som ligg der, betre, trur vi ville vera positivt.

Eg registrerer, når eg har gått gjennom ein del dokument som har vore til behandling i Stortinget dei siste ti åra og som gjeld narkotika, at det går sakte framover. Eg synest det går altfor sakte. Vi ser at dette blir eit stadig aukande problem, og vi ser at våre tunge rusmiddelavhengige har kjempestore problem. Det er viktig å gi dei auka verde og auka livskvalitet. Eg har registrert at veldig mange av tiltaka som har kome, faktisk har kome etter oppmoding frå denne sal. Dei har ikkje kome frå dei tilsette verken i departement eller fagmiljø, så kanskje det hadde vore den rette vegen å gå, å få samla fagfolka i ein kommisjon til å losa oss litt vidare.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

Asmund Kristoffersen (A) (ordfører for sak nr. 3): For Arbeiderpartiet er det en hovedoppgave å bekjempe fattigdom, arbeidsledighet og sosiale forskjeller. Vår helse- og sosialpolitikk bygger på ideene om sosial trygghet og rettferdighet gjennom rettferdig fordeling av goder og forpliktelser og fellesskapets ansvar for å finansiere grunnleggende helsetjenester og sosiale tjenester.

Arbeiderpartiet vil verne om fellesskapets ansvar for å sikre alle i landet likeverdige tilbud. Jeg er glad for at vi har ordnet oss slik i Norge at det offentlige finansierer en større andel av helsetjenestene enn i de fleste land vi naturlig kan sammenligne oss med, dvs. land innenfor OECD-området. Målt i andel av brutto nasjonalprodukt fører helseutgifter og utgifter til pleie og omsorg Norge opp på tredje plass i EU/EØS-området. Et særtrekk ved denne sosialdemokratiske modellen er måten vi bruker vår rikdom på.

Vi har i vårt budsjettforslag satt en rekke fellesoppgaver foran det ønske som så mange har, om å gjøre oss selv enda mer velstående. Vi har derfor prioritert

- utbygging av eldreomsorgen med ytterligere 4 000 nye sykehjems- og omsorgsplasser utover den tidligere vedtatte handlingsplanen
- oppfølging av Nasjonal kreftplan, plan for utstysinvesteringer og Opptappingsplan for psykisk helse
- en sykehusreform der formålet med statlig eierskap og ny organisering er å få mer ut av hver helsekrone, gi et mer likeverdig tilbud over hele landet og fjerne uverdige og unødvendige ventetider

Vi har startet kampen mot stadig høyere egenandeler på sosial- og helsetjenester for de med dårligst betalings evne og kroniske sykdommer. Vi har fulgt opp det vi lovet i handlingsplanen for sosial og økonomisk trygghet. Jeg nevner som eksempel

- økning i barnetillegget i folketrygden for uføretrygdede med 5 136 kr pr. barn
- enslige forsørgere med funksjonshemmede barn får rett til barnetilsyn og forhøyet hjelpetønad
- ny stønadsordning for unge som blir alvorlig syke under utdanning, og som ikke har opparbeidet rett til sykepenger
- gunstigere avkorting av pensjon for psykiatiske pasienter i langtidsinstitusjon
- landsdekkende forsøksordning for arbeids- og utdanningsreiser for funksjonshemmede

Jeg er glad for det flertallet som er for at alle unge funksjonshemmede som bor i institusjon, og som ønsker å flytte ut, fortsatt skal følges opp og få sitt tilbud utenfor institusjonen. Jeg er glad for flertallet for flere tolketimer til døve og økt bevilgning til funksjonshemmedes organisasjoner. Jeg er derimot lei meg for at vi ikke fikk flertall verken for mer penger til personlige assistenter for funksjonshemmede, til Ryggforeningen i Norge eller til organisasjonene Velferdsalliansen, Natthjem for prostituerte og Rettferd for Taperne, som gjør et fantastisk arbeid for dem som ofte på grunn av medmenneskers egoisme og

krenkende adferd og samfunnets forsømmelser har fått utførtjente vansker i livet.

Jeg nevnte foran utviklingen av egenandeler. Jeg er meget tilfreds med at vi for første gang i min tid på Stortinget har fått forslag om å sette et lavere generelt egenandelstak på medisiner og legehjelp enn tidligere. Arbeiderpartiet foreslo i finanskomiteen å sette egenandelstaket ned fra 1 450 kr til 1 350 kr og fikk tilslutning til dette. Banebrytende og bra! Likevel er det slik at vi ikke har maktet å skjerme de som har behov for omfattende helse- og sosialtjenester og medisiner godt nok. Det er dessverre slik at noen som bare har folketrygden å leve av, også kan ha de største personlige utgifter til egenandeler. Dette viser undersøkelser både fra brukerorganisasjoner og annen forskning. Slik kan vi ikke ha det. Arbeiderpartiet sørget for å reise spørsmålet om å fjerne egenandelen på blå resept-medisin for uføretrygdede og alderspensjonister og har nå oppnådd støtte for dette. Og vi har foreslått bedre ordninger for refusjon av høye utgifter til tannbehandling. Men vi er ikke i mål med dette. Det må være mulig å få til en ordning som skjermer kronikere, storforbrukere og folk med lav inntekt mot høye egenandeler på helse- og omsorgstjenester. Det må gå an i samspill med brukerorganisasjonene å finne fram til effektive ordninger som fjerner de ordninger som i dag virker usosiale.

Jeg er meget skuffet over at stortingsflertallet begår en stor urett mot de barnløse ved å kaste alle utgifter på de unge par som vil prøve å skaffe seg barn gjennom kunstig befruktning, utgifter opp mot 120 000 kr. Med dette etableres det en ordning for dem med svært god økonomi. Vi risikerer at unge med vanlige inntekter må sette seg i gjeld for å prøve å bli foreldre. Dette er usolidarisk.

Jeg er også misfornøyd med at ikke stortingsflertallet, bestående av Høyre, Kristelig Folkeparti, Venstre og Fremskrittspartiet, har tatt de nye signalene fra opptreningssinstitusjonene om en svært alvorlig økonomisk situasjon, på større alvor. Regjering og storting må nå makte å få til et finansieringssystem som gir dem som driver godt, et forutsigbart og godt driftsgrunnlag.

Sosialkomiteen, og jeg formoder også departementet, er godt orientert om medisiner som kan gjøre livet enklere for Alzheimer-pasienter. Det er nå på tide å ta i bruk de medisinene som har dokumentert effekt, og få disse inn i blåreseptordningen. Stortingsflertallet har gitt Regjeringen denne utfordringen. Samtidig må det nå ryddes opp i medisinene til leddgiktspasientene, slik at disse kan få den beste behandlingen.

Jeg har som mangeårig medlem av sosialkomiteen vært med på å fremme saken om fastleger for det norske folk, etter at vi hadde gjennomført meget vellykkede forsøk i fire norske kommuner gjennom flere år, og etter at vi hadde innhentet erfaringer fra andre land, f.eks. Danmark, som har hatt ordningen gjennom mange tiår. Jeg ser at de som var mot ordningen, nemlig Høyre og Fremskrittspartiet, nærmest på ideologisk grunnlag nå har funnet det riktig å prøve seg på en omkamp, med grunnlag i det som kan synes å være en sviktende vaktberedskap i noen kommuner – ja kanskje begrenset til Oslo. Det er ikke fastlegeordningen i seg selv som legger grunnlaget

for, eller som hindrer, god vaktberedskap. Men jeg kan ha en nagende følelse av at den forhandlingsmakten som legene fikk gjennom en noe for ettergivende lovgivning, kan ha fratatt noen kommuner muligheten til å etablere den lovfestede vaktordningen. Dette bør helseministeren se på. Samtidig må eventuelle barnesykdommer i ordningen lukes bort, dersom slike finnes.

Jeg står meget støtt på at det er riktig å gi norske pasienter rett til en lege og legen plikt til å ta seg av og ha ansvaret for navngitte pasienter. Vi ser at den forventede effekt, bedre legedekning og bedre fordeling av legene i landet, er i ferd med å slå til. Dette er svært viktig for et rettferdig helsevesen.

Jeg ser med spenning og forventning fram til den statlige overtakelsen av sykehusene. Jeg har gjennom politisk arbeid både på fylkesnivå og nå i Stortinget opplevd et stadig økende svarteperspill om ansvaret for pasientene. Selv om vår spesialisthelsetjeneste er av meget god kvalitet, er både kvaliteten og tilgangen forskjellig fra fylke til fylke. Slik kan vi ikke ha det. Staten har som eier fått muligheten til både å styre og å ta tak der det trengs, og Stortinget kan og skal legge nasjonale føringer og kontrollere at disse blir fulgt opp av Regjeringen gjennom helseforetakene.

Statsråd Ingjerd Schou: Sosialpolitikken og velferdsordningene skal gi trygghet for mennesker som av ulike grunner trenger samfunnets hjelp og støtte i ulike livssituasjoner. I forrige århundre ble store grupper med felles interesser løftet gjennom generelle tiltak. Slike løsninger treffer ikke lenger. Problemet nå er enkeltmennesker som faller utenfor, og som har sammensatte problemer. Sammensatte problemer krever sammensatte løsninger. Men dessverre møter brukerne for ofte et offentlig hjelpeapparat som ikke henger sammen, og hvor det å finne frem i jungelen av etater, kontorer og kompliserte regelverk kan skremme den mest ressurssterke.

Det er behov for en ny sosialpolitikk som tar utgangspunkt i enkeltmennesket, og hvor offentlige tiltak og etater er samordnet og koordinert i forhold til enkeltmenneskenes ulike behov for hjelp. Jeg har merket meg at dette er problemstillinger komiteen også tar opp i sin innstilling, og jeg vil få komme tilbake til dette.

I budsjettforslaget fra Samarbeidsregjeringen var det innenfor sosialpolitikken lagt stor vekt på målrettede tiltak mot fattigdom og økt innsats rettet mot rusmiddel-misbrukere. Jeg er glad for at sosialkomiteen i sin innstilling følger opp dette, og at det i hovedsak er bred enighet om nødvendigheten av å satse på disse områdene. Så er det også noe uenighet når det gjelder enkelttiltak.

Først til fattigdom. De fleste i Norge har det godt. Derfor blir kontrasten stor når vi ser at enkelte mennesker faller gjennom velferdsordningene og opplever fattigdom. Vi har råd til å forhindre fattigdom i Norge dersom vi er villige til å se med nye øyne på gamle velferdsordninger. Regjeringen vil sette i verk praktiske og målrettede tiltak for å hjelpe medmennesker ut av fattigdom, og vi vil særlig prioritere tiltak rettet mot barnefamilier som opplever fattigdom.

I budsjettet har vi som strakstiltak foreslått å øke det inntektsprøvede barnetillegget til alders- og uførepenjonister som har forsørgeransvar for barn, til 40 pst. av folketrygdens grunnbeløp. Dette er et treffsikkert tiltak for å bedre situasjonen for barnefamilier som har lav inntekt over lang tid. Økningen for disse familiene vil være drøyt 5 000 kr pr. barn neste år, og det er et betydelig skritt i riktig retning. Vi har også foreslått å endre regelverket slik at man ikke mister retten til barnetillegget dersom den ene av foreldrene faller bort. Dette har vært en klar urimelighet i regelverket, og jeg er glad for at sosialkomiteen slutter seg til denne endringen.

Regjeringen vil prisjustere de statlige veiledende satsene for sosialhjelp i 2002. Vi vil også endre de veiledende retningslinjene slik at de i større grad tar hensyn til de reelle kostnadene ved det å ha barn. Regjeringen foreslo å holde kontantstøtten utenfor ved beregning av grunnlaget for økonomisk sosialhjelp. Vi mente det var viktig at kontantstøtten skulle komme både fattig og rik til gode, og at familier som har benyttet seg av ordningen, skulle beholde valgfriheten selv om man i et knipetak hadde måttet se seg nødt til å søke om økonomisk sosialhjelp. Jeg har imidlertid merket meg at flertallet i sosialkomiteen har et annet syn, og jeg vil selvsagt følge opp innstillingen på dette punktet. Når det først ble endringer her, er jeg glad for at de midlene som ble frigitt som følge av dette, fortsatt vil komme fattige barnefamilier til gode gjennom økte barnesatser i de veiledende retningslinjene for sosialhjelp.

Regjeringen arbeider med en tiltaksplan mot fattigdom. Vi ønsker bredt samarbeid og dugnad på dette området. Vi har fått gode bidrag fra forskermiljøene og legger vekt på et godt og nært samarbeid med frivillige organisasjoner.

Jeg har pekt på at velferdspolitikken i forrige århundre handlet om å løfte store grupper med felles interesser. Nå er det enkeltmennesker som faller utenfor, og årsakene til fattigdom er sammensatte og kompliserte – slik vi har fått det dokumentert bl.a. gjennom utjevningmeldingen. Det er ikke hele grupper som faller utenfor, men enkeltpersoner innenfor ulike grupper. Dette må sosialpolitikken ta høyde for. Tiltakene må bygges rundt enkeltmenneskets behov for hjelp til å komme ut av fattigdom.

Mennesker som trenger hjelp og bistand fra det offentlige, møter i dag en jungel av ulike etater og kontorer, og et komplisert og uoversiktlig regelverk, enten det gjelder sosiale tjenester, rusomsorg, pensjoner og trygd eller funksjonshemming. Sosialkomiteen peker på at mange opplever ansvarspulverisering og redusert servicenivå når man må kontakte flere etater, og det er innbyrdes uklarhet om hvem av dem som egentlig har ansvaret. Det er en bekymring jeg deler.

Jeg har merket meg at det er en enstemmig sosialkomite som ber Regjeringen utrede spørsmålet om én felles etat for sosialtjenesten, arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten. Dette er et arbeid jeg umiddelbart vil gå i gang med, og med stor entusiasme. Skal vi få en sosialpolitikk for enkeltmennesket, hvor det er den enkeltes behov for hjelp som er styrende, er vi nødt til å samordne det of-

fentlige tilbudet og gi helhetlige løsninger for den enkelte. De ulike tjenestene som i dag ytes av sosialkontor, arbeidsmarkedsetaten og trygdekontorene, må være samkjørte og koordinerte med utgangspunkt i enkeltmenneskets behov for hjelp. Hjelpeapparatet skal ikke være en labyrint som vi sender brukeren inn i, men én dør og én skranke, og hjelp der man henvender seg.

Så til rusproblematikken. Regjeringen vil utarbeide en egen handlingsplan mot rusmiddelproblemer som vektlegger både forebyggende tiltak og et bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere.

Rusfeltet er stort og uoversiktlig. Det er behov for å rydde opp og tydeliggjøre ansvar. Som et første skritt vil Regjeringen fra nyttår av la helseministeren få ansvaret for legemiddelassistert rehabilitering og lavterskel helse tilbud for rusmisbrukere. Dette vil gjøre det lettere å få helhet og sammenheng i helsetjenestene for rusmisbrukere – fra de oppsøkende tiltakene i misbrukermiljøene til mer spesialiserte behandlingstilbud. Jeg er glad for at sosialkomiteen slutter seg til Regjeringens forslag om å øke bevilgningene til lavterskel helsetiltak for rusmiddelmissbrukere, slik at tilbudet kan styrkes og utvides til flere kommuner.

Grensene og ansvarsdelingen mellom sosialtjenesten og helsetjenesten når det gjelder tiltak for rusmiddelmissbrukere, er uklar. Komiteen ønsker en gjennomgang av lovene på dette området, ut fra målet om at behandlingsansvar også skal kunne tillegges helsepersonell. Flere av tiltakene for rusmiddelmissbrukere som i dag er hjemlet i sosialtjenesteloven, har et innhold og en karakter som gjør det mer naturlig å betrakte dem som spesialiserte helsetjenester. Regjeringen arbeider med en gjennomgang av dette området, hvor målet er at disse tjenestene skal hjemles i helselovgivningen og bli en del av de statlige helseforetakene. Jeg vil komme tilbake til Stortinget med en egen sak om dette.

Over 700 rusmisbrukere venter på et tilbud om legemiddelassistert rehabilitering. Regjeringen har foreslått økte bevilgninger til legemiddelassistert rehabilitering for å sørge for at narkomane som kan ha nytte av det, får et slikt tilbud, etter de retningslinjer som Stortinget sluttet seg til ved behandlingen av revidert nasjonalbudsjett for 2001. Jeg er glad for at dette forslaget har fått bred tilslutning i komiteens innstilling.

Så til eldreplanen. Regjeringen vil i løpet av våren komme til Stortinget med en proposisjon om avslutning av eldreplanen. Da eldreplanen første gang ble behandlet i Stortinget i 1997, var rammen 24 400 omsorgsboliger og sykehjemsplasser. I budsjettet for 2001 ble rammen utvidet med 5 000 plasser, og nå slutter en samlet komite seg til at rammen utvides med ytterligere 4 000 plasser i 2002.

Fristen for å søke tilskudd fra Husbanken utløp 1. oktober i år, og vi er nå i ferd med å gjennomgå søknadsbunken. Jeg har notert meg de innspill som er kommet gjennom sosialkomiteens behandling av budsjettet, og vil komme tilbake til saken med en bred gjennomgang, hvor også en fremtidig tilskuddsordning vil bli vurdert. Den foreslåtte tilsagnsramme for 2002 vil etter Stortingets be-

handling bli fordelt etter de samme prinsipper som tidligere, men med særlig fokusering på de kommuner som har lavest dekningsgrad av heldøgns pleie- og omsorgsplasser. Søknader fra kommuner som ikke kan prioriteres i denne omgang, vil bli lagt til side i påvente av vårens gjennomgang, hvor den endelige tilskuddsrammen skal fastsettes.

Så til utskrivning av unge funksjonshemmede. Sosialkomiteen har i innstillingen rettet oppmerksomheten mot unge funksjonshemmede som bor på eldreinstitusjoner. Gjennom en midlertidig tilskuddsordning har departementet gitt tilskudd til utflytting av rundt 300 personer. Likevel er det i enkelte kommuner fortsatt unge funksjonshemmede som bor på eldreinstitusjoner. Den nye ordningen for finansiering av tiltak for særlig ressurskrevende brukere, som trådte i kraft i 2000, vil sette kommunene bedre i stand til å gi et tilbud til denne gruppen. Utover dette vil jeg følge opp forslaget til vedtak i innstillingen og samarbeide med brukerorganisasjonene for å finne frem til hva det er hensiktsmessig å gjøre fra statens side, for å sikre at alle som ønsker det, får et tilbud utenfor institusjon.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Bjarne Håkon Hanssen (A): Som statsråden var inne på i sitt innlegg, vil flertallet på Stortinget i dag gå mot Regjeringens forslag om å endre de veiledende retningslinjene for utmåling av økonomisk sosialhjelp. Flertallet mener det vil være feil å se bort fra kontantstøtten når inntektsgrunnlaget til den som søker sosialhjelp, skal beregnes, og vil i stedet gå inn for en løsning som innebærer at man hever de veiledende satsene for barnetillegget.

Statsråden sa at hun hadde merket seg dette forslaget fra flertallet. Mitt spørsmål til sosialministeren er likevel: Vil sosialministeren nå umiddelbart iverksette Stortingets vedtak og orientere kommunene på en egnet måte om at de veiledende satsene for barnetillegget er endret, og ikke eventuelt avvente en bredere gjennomgang av barnetillegget, som også statsråden varslet i sitt innlegg?

Så er det en interessant debatt vi åpenbart vil gå imøte i sosialpolitikken, om målretting, skreddersøm, versus mer generelle, sterke offentlige ordninger. Jeg tror alle ser at vi trenger målrettede ordninger. Spørsmålet er bare hvor grensen for det å begynne med skreddersøm kontra «Dressmann-prinsippet» – hadde jeg nær sagt – skal gå. Interessant i den sammenheng er det at vi ser at Regjeringen nå går imot en ordning med gratis lærebøker til alle elever i den videregående skole, og heller antyder et stipend til dem som virkelig trenger det. Mener statsråden at det er et uttrykk for den nye, mer målrettede, mer individuelt rettede sosialpolitikken som denne regjeringen vil stå for?

Statsråd Ingjerd Schou: Til det siste først. Regjeringen er opptatt av å lage en tiltaksplan mot fattigdom, slik at vi får berørt alle områder som virker inn i forhold til det, både når det gjelder det som går direkte på penger, som jeg forstår at representanten er særlig opptatt av, og

også det som går på bolig, på arbeid og på sosialt nettverk. I denne tiltaksplanen mot fattigdom vil alle forhold bli vurdert.

Når det gjelder spørsmålet om satsene i de veiledende retningslinjene prisjusteres i 2002, og om disse vil bli tatt med, tror jeg det er riktig å si at Stortinget vil komme til å be Regjeringen om også å opprettholde de veiledende retningslinjene med hensyn til at kontantstøtten vurderes med i inntektsgrunnlaget.

Så er det vel også det å si at jeg merker meg det flertallet som komiteen har, og at det har et annet syn enn det som er Regjeringens. Vi er enig i at det er behov for å øke barnetilleggene i de veiledende retningslinjene, og at dette også vil bli fulgt opp i en flertallsmerknad i rundskriv til kommunene. Det er en naturlig følge av det.

Harald T. Nesvik (FrP): Innledningsvis vil jeg få lov til å gi ros til sosialministeren for hennes engasjement i forbindelse med rusmiddelmissbrukere, for tiltak overfor disse, og for den forståelse som statsråden har vist i så henseende, ikke minst når det gjelder økningen innenfor dette området. Det er veldig positivt, og jeg håper at dette vil fortsette også i fremtiden.

Det som jeg vil gripe litt fatt i her, er det som statsråden var inne på avslutningsvis i innlegget sitt: tilskudd til utskrivning av unge funksjonshemmede. Her var det vist til at disse nå vil komme inn under ordningen i kommunene for særlig ressurskrevende brukere. Men det løser dessverre ikke problemet. Vi har hatt en tilskuddsordning når det gjelder utskrivning av unge funksjonshemmede, som skal avsluttes – det er vel i 2003. Dette er faktisk en ordning som jeg tror det bare er litt over 300 personer som har gjort seg nytte av når det gjelder det å bli utflyttet. Dette bekymrer meg, for det skulle ikke være nødvendig i Norge at de enkelte kommunene – unnskyld uttrykket – «stuer vekk» unge funksjonshemmede på institusjon på grunn av økonomiske bekvemmeligheter. Dette kan vi ikke være bekjent av. Derfor har også flertallet – alle unntatt regjeringspartiene – fremmet forslag om å be Regjeringen i samarbeid med brukerorganisasjoner utarbeide en handlingsplan for tiltak som kan iverksettes for å sørge for at man kan skrive ut disse funksjonshemmede fra sykehjemmene.

I sitt innlegg nevnte statsråden at hun ville ta kontakt og snakke med brukerorganisasjonene, men hun nevnte ikke noen konkret handling. Da er spørsmålet mitt: Vil statsråden sammen med brukerorganisasjonene umiddelbart sette i gang et arbeid for å få til en handlingsplan med tiltak, slik at vi nå en gang for alle kan få iverksatt et skikkelig arbeid for å gi de mange funksjonshemmede et tilbud utenfor institusjon?

Statsråd Ingjerd Schou: Høsten 2000 gjennomførte Resurssenter for omstilling i kommunene etter oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet en undersøkelse for å kartlegge hvor mange personer under 67 år som bor på aldersinstitusjoner, hvor mange av disse som ønsket å flytte til sin egen bolig, og hvor mange personer det ville være formålstjenlig å flytte til egen bolig. Undersøkelsen

viste at for flertallet av de personene som det ikke forelå planer om utflytting for, forelå det verken et ønske om utflytting eller noen vurdering dit hen at personene ville ha noe utbytte av å flytte til egen bolig.

Jeg vil gjerne samarbeide med brukerorganisasjonene for å finne frem til hva det er hensiktsmessig å gjøre fra statens side, for å sikre at alle som ønsker det, får et tilbud utenfor institusjon.

Sigbjørn Molvik (SV): Jeg viser til min replikk til representanten Høie tidligere i debatten i dag angående sykelønnsordninga og intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Jeg synes at jeg fikk et noe uklart svar av representanten for regjeringspartiet Høyre.

Det er altså slik at regjeringspartiene i sine merknader i budsjettinnstillingen sier at de vil vurdere innstramminger i regelverket for sykepengeutbetalinger. Jeg vil derfor be statsråden bekrefte, eventuelt avkrefte, om det er slik at Regjeringa i den perioden avtalen omfatter, nemlig fram til 2005, vil avstå fra å vurdere og eventuelt fremme forslag om innstramminger i reglene for sykepenger, f.eks. i form av karensdager.

Det er jo slik at denne avtalen er inngått av tre parter – Regjeringa, arbeidstakerne og arbeidsgiverne. Det kan derfor være interessant for Stortinget å høre statsrådets vurderinger omkring dette spørsmålet.

Jeg vil så videre vise til utspillet fra NHO-direktør Olav Magnussen i Dagbladet den 6. desember, hvor han tar sterkt til orde for kraftige innstramminger i sykelønnsordninga. Hvordan vurderer statsråden denne type utspill fra en av avtalepartene? Og har Regjeringa vurdert å komme med noen form for reaksjoner overfor NHO på slike forsøk på, – slik som jeg ser det – å rive grunnlaget vekk for å nå de mål som ligger i intensjonsavtalen, og som alle ser ut til å være enige om?

Statsråd Ingjerd Schou: Intensjonsavtalen ville jeg ha omtalt, om jeg hadde rukket det, i mitt første innlegg. Jeg tror jeg skal si følgende:

Den sterke veksten i sykefraværet gjør det nødvendig med tiltak for å få ned fraværet. Dette er viktig for den enkelte arbeidstaker og for å redusere bedriftenes og det offentliges kostnader knyttet til sykefraværet. Redusert sykefravær er nødvendig for å frigjøre midler til andre viktige oppgaver.

Samarbeidsregjeringen stiller seg fullt og helt bak intensjonsavtalen som er inngått mellom partene i arbeidslivet og staten. Intensjonsavtalen forplikter partene og det offentlige til en ambisiøs satsing for redusert fravær og et mer inkluderende arbeidsliv. Intensjonsavtalen – og arbeidet med reaktivisering av uføretrygdede – innebærer en ny måte å arbeide på for trygdeetatens, fra regelforvaltning til aktiv innsats for å hjelpe mennesker til deltakelse i arbeidslivet, med fokus på funksjonsevne fremfor sykdom, og nærvær fremfor fravær. Målet er en reduksjon på 20 pst. Det er ambisiøst, men ikke urealistisk.

For et par uker siden besøkte jeg Ringnes' anlegg på Gjelleråsen. Ved bevisst satsing der både fra ledelsen og de ansattes organisasjoner, og gjennom et nært samar-

beid med trygdeetatens, har de lagt opp til en intensjonsavtale, og de har også klart å redusere sykefraværet fra 12 til snau 8 pst.

Når det kommer uttalelser i pressen, som representanten Molvik refererer til, er det det å si at Regjeringa forholder seg til den avtalen som er inngått mellom partene i arbeidslivet. Vi har ingen signaler som tyder på noe annet enn at det er full oppbakking og fullt trykk i forhold til å jobbe videre med det.

Ola D. Gløtvold (Sp): Når helsesektoren nå skal ta over ansvaret for rusmiddelmissbrukerfeltet, som noen sier – en skal i hvert fall ta over ansvaret for en del av den medisinske biten og den medisinske behandlingen – hvordan vil da sosialministeren samordne tiltakene gjennom organisering og formalisering, slik at det blir klare ansvarsforhold og en klar ansvarsfordeling? Dette må gjøres både på nasjonalt nivå og videre nedover helt ned til lokalt nivå.

Så et annet problem, som også berører rusfeltet. Statens rettskoksikologiske institutt tar prøver for politiet når det gjelder f.eks. narkotiske stoffer, bl.a. i saker der det er mistanke om ruspåvirkning. Dette har blitt så dyrt for politiet at prøvetakingene i stor grad har opphørt. Og den prøvetakingen som nå praktiseres, er ikke god nok. Vil sosialministeren påse at Statens rettskoksikologiske institutt får midler, eller at det blir refusjonsordninger, slik at man kan fortsette med skikkelig prøvetaking? Jeg er klar over at det er på grensen av hva som er sosialministerens ansvarsområde, men sosialsektoren bruker også SRI i stor grad, og det er viktig, ikke minst for sosialsektoren, at man klarer å komme til kilden til rusmiddelmissbruket.

Så til slutt: målrettede tiltak mot barnefamilier. Sosialministeren sa at Regjeringa ønsket å holde kontantstøtten utenfor beregningen når det gjaldt sosialbidrag, fordi kontantstøtten skulle komme alle til gode – både fattige og rike. Men hva da med barnetrygden? Hva mener sosialministeren om den? Er ikke det en universell ordning som skal komme alle til gode – både fattige og rike? Nå kommer den i hvert fall ikke de fattige til gode, slik som Regjeringa ønsker å beregne.

Statsråd Ingjerd Schou: Det var tre spørsmål. Det første var: Hvordan få til helhet i rusomsorgen? Der er det å si at Regjeringa vil gjennomgå organiseringen av behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere. I tillegg vil vi utarbeide en handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Den skal være bred, og den skal være helhetlig. De frivillige organisasjonene skal trekkes med. De har en sentral rolle i det rusforebyggende arbeidet.

Det er også viktig å styrke det forebyggende arbeidet med tiltak i kommunene. Det er viktig at den nære og lokalbaserte innsatsen styrkes, og utvikling av gode lokalbaserte forebyggingsprogram som involverer hele nærmiljøet, vil stå sentralt.

Foreldre er viktige rollemodeller, og mye tyder på at foreldrenes alkoholvaner har betydning for når ungdom begynner å drikke. Flere har vært inne på det her i dag.

Nasjonalt er det også viktig å demme opp for økt narkotikamisbruk. I tillegg vil vi styrke vårt internasjonale engasjement, og Norge er fra januar 2001 medlem i det europeiske narkotikaovervåkingssenteret. Det må en bred og helhetlig innsats til både nasjonalt og internasjonalt for å stoppe denne utviklingen.

Det er flere departementer som berøres – det er noe av intensjonen med å ha en tiltaksplan. Slik sett vil også det være grunnlaget når vi gjennomgår tydelige ansvarsplaseringer f.eks. mellom sosialminister og helseminister. – Det var det ene.

Det andre gjelder Rettstoksikologisk institutt og bekymringen for tildeling av midler. Jeg tar bare med meg den informasjonen, fordi det vil være et av de forholdene som det er greit å ha en vurdering av i forhold til en tiltaksplan innenfor rus.

Så var det barnefamilier (presidenten klubber) – som jeg ikke rekker å besvare. Det kan vi da ta senere.

Presidenten: Det må nok bli en annen gang!

Bjarne Håkon Hanssen (A): Jeg må innrømme at jeg ikke var helt fornøyd med statsrådets svar på mitt første spørsmål og føler derfor behov for å gjenta det.

Statsråden sa i sitt innlegg at «det er behov for en ny sosialpolitikk», og eksemplifiserte det ved å si at det er behov for en mer målrettet sosialpolitikk. Det er en prinsipiell uttalelse, og det jeg lurer på, er om det finnes eksempler på en slik ny sosialpolitikk i Regjeringens budsjettforslag. Da spør jeg helt konkret: Er det at Regjeringen nå går bort fra en politikk som går på gratis lærebøker til alle elever i videregående skole, og heller over til målrettede stipend til dem som virkelig trenger det – altså de verdige trengende – et eksempel på denne nyorienteringen når det gjelder sosialpolitikken, hvor man går bort fra generelle ordninger og over til mer målretting, behovsprøving av dem som virkelig trenger det? Er det et eksempel på mer skreddersøm, som er et uttrykk statsråden selv har brukt? Eller har denne endringen ingenting med en ny sosialpolitikk å gjøre?

Statsråd Ingjerd Schou: Når Regjeringen ønsker utarbeiding av en tiltaksplan mot fattigdom, handler det om at vi ønsker en bred gjennomgang. Vi ønsker å se på definisjonen, ikke fordi vi skal definere oss bort fra fattigdom, men fordi vi ønsker å treffe presist. Vi ønsker å nå dem som virkelig trenger det, som virkelig har behov, som ikke får ta del i en del av de sosiale godene i samfunnet, som ikke har bolig, som ikke har arbeid, og som også har vanskeligheter med å bli inkludert i et sosialt miljø. Vi ønsker å være mer presise i den tiltaksplanen enn bare det å favne bredt og dermed kanskje ikke treffe presist og sikkert.

Det er riktig at vi ønsker en tiltaksplan mot fattigdom, og vi ønsker at den skal være målrettet og nå dem som virkelig trenger det.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

Harald T. Nesvik (FrP): Neste års budsjett preges også denne gang av at det i denne sal ikke er vilje til å bevilge tilstrekkelig med midler for å kunne løse de mange problemer som man står overfor i det norske helse- og sosialvesen. I forbindelse med at Regjeringen la fram sitt forslag til endringer på statsbudsjettet i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4, var det tydelig at denne regjeringen ikke var villig til å prioritere syke og eldre mennesker i tilstrekkelig grad, for det kan vel ikke tolkes på noen annen måte at Regjeringen foreslo å fjerne det ene virkelig positive forslaget fra regjeringen Stoltenberg, å fjerne egenandelene på medisiner og sykepleieartikler på blå resept for uføre- og alderspensjonister. Men dette måtte Regjeringen gå tilbake på, slik at uføre- og alderspensjonister kan få glede av denne ordningen fra og med 1. oktober 2002.

Det er en del å glede seg over i sosialkomiteens forslag til budsjett for 2002, og jeg vil fremheve en del av det som nå har fått flertall i komiteen. Jeg vil i dette innlegget konsentrere meg om de forslag til endringer som er blitt gjort på folketrygdens område.

Fremskrittspartiet har i en årrekke i forbindelse med de enkelte års trygdeoppgjør stadig påpekt den underregulering av grunnbeløpet som har funnet sted. Flere ganger har Fremskrittspartiet fremmet forslag om å endre retningslinjene for trygdeoppjøret slik at en underregulering ikke skal være mulig, men det har dessverre vist seg at flertallet i denne sal – alle unntatt Fremskrittspartiet og SV – ikke har vært villig til å ta disse problemstillingene på alvor. Det er derfor gledelig at det nå virker som om Fremskrittspartiet får gjennomslag for sitt syn, da flertallet i komiteen – alle unntatt regjeringspartiene – fremmer forslag om at reguleringen av grunnbeløpet ved trygdeoppjøret for 2002 skal reguleres minst på linje med lønns- og prisutviklingen for øvrig i samfunnet. Dette er etter Fremskrittspartiets mening et forslag som må kunne innebære at det samme flertallet – i forbindelse med trygdeoppjøret for 2002 – vil være villig til å endre retningslinjene, slik Fremskrittspartiet tidligere har bedt om. Det er bare på denne måten en kan sikre at pensjonistene i fremtidige budsjett ikke blir sett på som en salderingspost. Det er også i denne sammenheng viktig å merke seg at regjeringspartiene nok en gang ikke vil være med på å sikre pensjonistene mot underregulering.

Det er trist igjen å måtte merke seg at det bare er Fremskrittspartiet som ønsker å gjøre noe med det tyveriet som blir gjort mot pensjonistene som følge av at det foretas en avkorting i de rettmessig opparbeidede pensjonsytelser med bakgrunn i at man er gift eller samboende. Dette er noe som det må bli slutt på dersom man skal kunne ha tillit til det norske pensjonssystemet. Det kan ikke være slik at det er ditt valg av samlivsform som skal være utslagsgivende for om du skal få din rettmessig opparbeidede pensjon eller ikke.

Det er en kjensgjerning at en rekke opptreningsinstitusjoner har store problemer med å kunne betjene sine daglige utgifter grunnet for lave kurdøgnpriser. Opptreningsinstitusjonene er på mange måter selve bærebjelken i det norske helsevesenet når det gjelder å få mange syke mennesker tilbake i arbeid eller til å kunne klare å mestre sin

sykdom på en best mulig måte. Det har derfor nettopp vært viktig for Fremskrittspartiet å få til en økning av selve kurdøgnprisen, slik at en kan sikre fortsatt drift ved disse særdeles viktige institusjonene. Vi har ikke lyktes i å få til flertall for den summen som Fremskrittspartiet mener er tilstrekkelig, men vi har i alle fall fått til en økning i kurdøgnprisen for dagens godkjente institusjoner på 20,5 mill. kr utover Regjeringens opprinnelige forslag.

I dag er det en gledens dag for en rekke mennesker som lider av Alzheimers sykdom. Fremskrittspartiet har tidligere vært det eneste partiet som har kjempet for at legemiddelet Aricept, som er utviklet for å hjelpe denne pasientgruppen, skal få ordinær blåreseptrefusjon etter § 9. I dag kan denne medisinen delvis dekkes med hjemmel i blåreseptforskriftens § 5–22, noe som har vist seg å være en vanskeligere ordning for pasientene. Det har for Fremskrittspartiet hele tiden vært viktig å få dette på plass, slik at flest mulig av dem som vil kunne ha nytte av dette medikamentet, får mulighet til det, uavhengig av den enkeltes økonomiske situasjon. Dette vil igjen kunne medføre en bedre hverdag for den enkelte pasient og for pasientens familie. Samtidig vil det kunne medføre en besparelse for det offentlige som en følge av at den enkelte pasient vil kunne bli mindre hjelpetrengende, og utsette tiden for når vedkommende vil få behov for en permanent institusjonsplass.

Problemstillingen med hensyn til hvilke finansieringsordninger som skal nyttes når det gjelder utgiftene ved bruk av de nye biologiske medikamentene Enbrel og Remicade, er i ferd med å bli en gjenganger i sosialkomiteens budsjettbehandlinger. Den nye anti-TNF-behandlingen har gitt en rekke pasienter med revmatiske lidelser et nytt liv, men problemet er bare at mange også er blitt nektet behandling med disse medikamentene, grunnet dagens finansieringsordning.

Når det gjelder hvilke pasienter som har mest nytte av det enkelte av disse to medikamentene, fordeler dette seg med ca. 50 pst. på hver. Enbrel, som er det dyreste av medikamentene, kan pasienten selv ta hjemme, og det blir derfor refundert av folketrygden på blåreseptordningen, mens det rimeligste av disse, Remicade, må gis på sykehus ved infusjon, og deretter må pasienten være til observasjon. Det medfører at dette medikamentet må dekkes over sykehusenes budsjetter og medfører dessverre at mange ikke får tilgang til det mest effektive og rimeligste medikamentet på grunn av sykehusenes budsjetter.

Dette er en situasjon som av hensyn til offentlige utgifter, men ikke minst av hensyn til syke mennesker, ikke lenger kan fortsette. De totale offentlige utgiftene vil faktisk kunne reduseres dersom den enkelte pasient får det av disse to medikamenter som vedkommende kan ha mest nytte av. En må se på disse utgiftene samlet og ikke hver for seg – ut fra forskjellige finansieringsmåter.

Det er derfor gledelig at et flertall nå klart sier at også Remicade skal dekkes via blåreseptordningen, slik at problemstillingen når det gjelder finansieringsmåter, blir løst. Ved å benytte den samme finansieringsordningen

både for det rimeligste og det dyreste medikamentet vil dette langt på vei kunne utlikne den budsjettmessige konsekvensen av å innføre Remicade på blå resept. Det må kunne forventes at statsråden raskt vil etterkomme Stortingets vedtak på dette feltet. Dersom det mot formodning skulle vise seg at det blir en liten økning i utgiftene til medisiner, får statsråden komme tilbake i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for å få dekket opp dette på helårsbasis. Av hensyn til alle pasienter med en revmatisk lidelse som vil kunne ha nytte av disse medikamentene, må det kunne forventes at dette raskt følges opp.

Det har i denne budsjettbehandlingen vært gledelig å kunne konstatere at Arbeiderpartiet i sin opposisjonsrolle nå har vært villig til å komme Fremskrittspartiet i møte på en rekke områder som de arbeidet imot da de satt i regjering. Det er i den sammenheng positivt å kunne konstatere at Arbeiderpartiet nå er enig med Fremskrittspartiet i at grunnbeløpet ikke skal kunne underreguleres, at Aricept skal dekkes etter § 9 i blåreseptforskriften, og at Remicade også skal dekkes inn på denne måten. Dette synes jeg er meget positive signaler som lover godt fremover.

Helt til slutt vil jeg anmode om at forslagsstillerne fra Arbeiderpartiet, SV og Senterpartiet gjør forslag nr. 20 om til et oversendelsesforslag, slik at dette ikke blir nedstemt i dag, og at en eventuelt kan komme tilbake til det senere.

Videre vil jeg også varsle at Fremskrittspartiet subsidiært ønsker å stemme for forslag nr. 22, fra Høyre og Kristelig Folkeparti, da det ikke var mulig å få flertall for Fremskrittspartiets forslag om like takster for MR-undersøkelser i private og offentlige poliklinikker.

Sigbjørn Molvik (SV): Jeg skal bruke dette innlegget til å sette søkelyset på den omfattende og utbredte bruken av egenbetaling i helsevesenet, både når det gjelder medisiner og forskjellige typer behandling – slik også representanten Asmund Kristoffersen var opptatt av i sitt innlegg.

SVs primære og prinsipielle standpunkt er at nødvendige helsetjenester er et grunnleggende velferds gode som alle som trenger det, skal kunne nyte godt av, uavhengig av den enkeltes økonomi. SV betrakter egenandeler i helsevesenet som skatt på sykdom. Dette er en type skattlegging som SV er imot. Vår finansiering av velferdsstaten går gjennom en rettferdig skattlegging, der de som eier og tjener mest, også bidrar mest til fellesskapet, og der en rettferdig beskatning legger grunnlaget for gratis basistjenester, inkludert helsetjenester for alle.

Gjennom hele 1990-tallet har stortingsflertallet gradvis økt egenandelene på helsetjenester hvert eneste år. Denne tendensen har fortsatt inn i det nye århundret. SV har hele tiden vært opptatt av å bremse denne utviklingen mest mulig. Også i budsjettet for 2002 legges det opp til en økning i egenandelene. Det ligger inne en generell økning på 3,5 pst. for neste år, mens økningen for inneværende år er på 4,5 pst. Dette er betydelig over den generelle prisstigningen, og det betyr at de som er syke, har fått relativt sett større utgifter på grunn av sin sykdom.

De som er syke, har altså fått en skatteskjerpelse som de friske ikke har fått. Dette er blodig urettferdig, og et system som det norske velferdssamfunnet ikke skal være bekjent av. SV går derfor mot disse generelle økningene i egenandelene i budsjettet.

Og så registrerer SV og jeg med glede at det nå ser ut til å være på gang en flerpolitisk enighet om at utviklingen når det gjelder egenandeler, har gått for langt. Jeg viser da til at en samlet sosialkomite går inn for å senke egenandelstaket for blå resept fra 1 450 kr til 1 350 kr pr. år. En samlet komité er også enig om å frita eldre over 67 år og uførepensjonister for egenandeler. Dette er en begynnelse, og det er en god begynnelse på en lang vei mot det som er SVs mål, nemlig å avskaffe egenandelene på grunnleggende velferdsgoder, som bl.a. helsetjenester er.

Fritak for eldre og uførepensjonister kan være en rimelig treffsikker ordning for å sikre seg mot de mange uheldige utslag som høye egenandeler gir. Det viser seg f.eks. at mange pasienter lar være å hente sine forskrevne medisiner på apotekene, rett og slett fordi de ikke har råd – og slik kan vi ikke ha det.

Som jeg sa: Dette er bare begynnelsen på en opprydding i egenandelsproblemene. Det er langt flere enn bare eldre og uførepensjonister som rammes urimelig hardt av høye egenandeler. Verst ute i så måte er nok kronisk syke, funksjonshemmede og andre som har stort behov for medisiner og behandling. Dette kan ha mange årsaker, men hovedårsaken er at mange nødvendige medisiner og behandlingstyper som disse pasientene er avhengige av, ikke faller inn under ordningen med egenandelstak, som fra neste år blir 1 350 kr. Dette gjelder bl.a. medisiner på hvit resept, tannlegebehandling, tjenester i hjemmet, fysioterapi samt rehabilitering og opphold i opptreningsinstitusjoner. For denne type tjenester må flere tusen kronikere, funksjonshemmede og andre betale tusenvis av kroner årlig i egenandeler. FFO har fått utarbeidet en egen undersøkelse utført av ECON Senter for økonomisk analyse som viser at organisasjonens medlemmer, altså funksjonshemmede personer, i gjennomsnitt betalte egenandeler på 9 000 kr årlig, mens det for befolkningen ellers ligger på ca. 4 000 kr. 6 pst. av de funksjonshemmede hadde utgifter på mer enn 20 000 kr årlig, og 19 pst. lå mellom 10 000 og 20 000 kr i året i egenandelsbetaling.

Dette viser nivået og omfanget av sykdomsskatt i Norge og understreker behovet for at Stortinget må ta affære. Jeg og SV er derfor så langt tilfreds med at en samlet sosialkomite nå ber Regjeringa utarbeide et forslag til et egenandelstak 2 som skal skjerme kronikere og storforbrukere av helsetjenester. Dette skal legges fram for Stortinget i løpet av neste år. Jeg skulle ønske at det allerede i dette budsjettet kunne legges inn penger til en slik egenandelstak 2-ordning. Det har vi ikke fått til i denne omgang, men SV regner likevel det som en samlet komite sier og foreslår i denne budsjettinnstillingen, som en midlertidig seier i kampen for lavere egenandeler. Og vi skal love å følge nøye med på at alle partier her i salen følger dette opp i det videre arbeidet, både når det gjelder å få på plass en god ordning og når det gjelder å skaffe

penger til ordningen – for den vil komme til å koste penger. SV ser også dette som ett av mange viktige tiltak som må gjennomføres for å avskaffe fattigdom og utjevne forskjeller i landet.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Et overordnet mål for Regjeringens helsepolitikk er et likeverdig tilbud av helsetjenester til alle, uavhengig av bosted og økonomi. Vårt mål er å løfte fram de svakeste, de sykeste, de som selv ikke har krefter eller mulighet til å ta til orde for bedre helsetjenester, og vi vil satse forebyggende.

Samarbeidsregjeringens forslag til statsbudsjett innebærer en særlig styrking av helsetilbudet til rusmisbrukere, og arbeidet med å legge til rette for et godt tilbud for mennesker i livets slutfase står også sentralt. Disse prioriteringene er en oppfølging av fokuset på dem som er svakest og sykest. Herunder er det totalt foreslått en styrking på 20 mill. kr for å opprette flere hospiceplasser og 71,5 mill. kr mer til rusmisbrukere som er lengst nede på samfunnets rangstige. Jeg er glad for at disse prioriteringene får tilslutning i dag.

Innenfor ruspolitikken står vi overfor et voksende samfunnsproblem som rammer stadig flere enkeltmennesker, familier og lokalsamfunn. Vi må møte dem som er rammet på en kvalitativt bedre og mer helhetlig måte, helsetjenesten må møte dem på en bedre måte. Samtidig må vi satse forebyggende og bygge holdninger mot rus.

For å styrke og tydeliggjøre ansvaret for helsetilbudet til rusmisbrukere overføres ansvaret for dette til Helsedepartementet fra 1. januar neste år. Arbeidet med en rusreform er i full gang. Målet for vårt arbeid er å sikre rusmisbrukere som ønsker det, gode og effektive sosial- og helsetilbud. Rusmisbrukere er mennesker med svært ulik bakgrunn, og som på høyst forskjellige måter sliter med å mestre livet sitt. Langvarig misbruk vil nesten alltid resultere i omfattende helsemessige problemer og dermed øke behovene for psykisk og somatisk helsetjeneste og samarbeid på tvers av sektorer.

Fra Regjeringen er det foreslått en styrking på 20 mill. kr i 2002 til lavterskel helsetilbud. Dette er et tiltak rettet mot de mest forkomne blant de rusmisbrukere som ikke klarer å benytte seg av ordinære helsetjenester. Formålet med tiltakene er bl.a. å gi veiledning, vaksinasjoner, helsesjekk, utdeling av brukerutstyr og drive med smitteforebyggende tiltak.

Et slikt lavterskel helsetilbud vet vi vil være et viktig redskap i kampen mot overdosedødsfallene, da det er grunn til å tro at helsetilstanden gjør rusmisbrukere mer utsatt for slike overdoser. Vi vil også spre kompetanse i hele kommunesektoren i primærhelsetjenesten bl.a. gjennom medisinsk faglig veiledning og behandling av sykdommer hos tungt belastede rusmisbrukere. Vi er, som sosialministeren nevnte, i gang med arbeidet med en handlingsplan mot rusmiddelproblemer. Der vil vi både vektlegge forebyggende tiltak og et bedre helsetjenestetilbud. Tiltakene skal være personrettet slik at den enkelte kan få effektiv hjelp ut fra egen situasjon og forutsetninger.

Helsevesenets innsats overfor dem som er i livets siste fase, er for meg et kjennetegn på om vi våger å være til stede også når fremragende kunnskaper og vitenskapelige fremskritt ikke strekker til. Jeg startet arbeidet med å sette livshjelp på dagsordenen i min forrige periode som helseminister. I møte med mennesker i livets siste fase opplever jeg at helsetjenestens verdier virkelig blir satt på prøve.

Hospiceplasser som er integrert og skjermet på våre sykehus, er en nødvendig og riktig oppfølging av dette. På den måten synliggjøres det at vi står overfor en politikk som tar hele menneskelivet på alvor i alle dets faser. Derfor er vi glade for at vi får tilslutning til en styrking på 20 mill. kr for å opprette slike hospiceplasser i verdige former innenfor våre sykehus.

Arbeidet med å redusere aborttallet er viktig. Derfor har Samarbeidsregjeringen også foreslått – og fått støtte til – en økning på 2 mill. kr til abortforebyggende tiltak. Dette er penger som skal gå til frivillige organisasjoner som driver forebyggingsarbeid. Disse 2 millionene er en videreføring av det arbeidet som ble satt i gang under den forrige Bondevik-regjeringen, da det kom på plass en tilskuddsordning til organisasjoner som utenfor det statlige apparatet og det offentlige apparatet arbeider forebyggende mot abort og uønskede svangerskap.

Det er viktig for Regjeringen å videreføre satsingen innen psykisk helse gjennom opptrappingsplanen. Her øker satsingen fra 2001 til 2002 med 520 mill. kr. Samarbeidsregjeringen vil fortsatt satse på å gi et bedre helse-tilbud til dem med psykiske problemer.

Den nye regjeringen vil gjennomgå de store helseplanene. Kart og terreng skal sjekkes slik at det passer til hverandre. Dette gjelder også opptrappingsplanen for psykisk helse, slik komiteens leder har vært inne på tidligere i dag.

Svært mange mennesker med psykiske lidelser har behov for sammensatte tjenester over tid. Psykiske lidelser er ofte langvarige, og intensiteten i symptomene og den enkeltes mestringssevne vil variere over tid. Det betyr at vi må ha et tjenesteapparat som både er differensiert nok og spisset nok til å kunne tilby effektiv behandling. Målet med opptrappingsplanen er at mennesker med psykiske lidelser skal få et bedre liv, og at vi skal forebygge psykiske problemer. I tillegg til utdanning av personell, omstrukturering og utbygging av tjenester og tiltak må det en holdningsendring til i det norske samfunnet til psykiske problemer og lidelser. Vi vil særlig prioritere arbeidet i forhold til barn og unge. Samtidig må vi gjøre det vi kan på alle fronter for å bryte fordommene og mytene rundt det å ha en psykisk lidelse. Vi har alle en psykisk helse – og psykiske helseproblemer kan ramme hvem som helst.

Opptreningsinstitusjonene er viktige institusjoner i vårt helsevesen. Samarbeidsregjeringen ønsker å utvikle en ny finansieringsordning for opptreningsinstitusjonene som sikrer dem økonomisk, samtidig som brukerbetalingen er slik at økonomien ikke hindrer de som trenger det, å benytte seg av slike tilbud. Jeg konstaterer at et flertall i komiteen nå står bak et forslag om en styrking på

20 mill. kr for å sikre drift ved eksisterende opptreningsinstitusjoner.

Vi nærmer oss med raske skritt tidspunktet for den formelle ikrafttredelse av sykehusreformen – dvs. den statlige overtakelsen fra fylkeskommunene av sektoransvar og eieransvar knyttet til spesialisthelsetjenesten og omorganiseringen av sykehusene til foretak. Jeg vil også ved denne anledning understreke at det i departementet arbeides intenst med å sikre at gjennomføringen av reformen forløper uten større problemer. Alle praktiske forhold som må være avklart innen årsskiftet, skal være avklart. Det skal ikke foreligge uavklarte forhold som har potensial til å forstyrre driftssituasjonen ved institusjonene etter 1. januar 2002, så langt vi har kontroll med det. Stortinget har vedtatt et gjennomføringsløp som stiller meget store krav til alle aktører, inklusiv storting og regjering. Jeg er glad for at det uttrykkes så sterk støtte til dette gjennomføringsløpet både fra Fremskrittspartiet og fra Arbeiderpartiet i denne sal i dag. Det kommer vi til å trenge.

Knyttet til oppfølgingen av sykehusreformen vil Regjeringen igangsette en evaluering av eksisterende finansieringsordninger for alle tjenesteområder innenfor helsevesenet. Det er videre behov for en utredning av finansieringsordninger innenfor helsetjenesten med sikte på at de skal understøtte foretaksorganiseringen og gi incitamenter til en bedre samhandling mellom nivåene. Dette arbeidet vil bli igangsatt på nyåret, men med en oppstart og fremdrift som ikke forstyrrer hovedfokuset som nå må være på å gjennomføre selve reformen.

Regjeringen Stoltenberg la i sitt budsjettforslag til grunn en aktivitetsvekst i sykehusene fra 2001 til 2002 på om lag 1,5 pst. Denne økningen var forutsatt å komme på toppen av en antatt aktivitetsvekst i 2001 på ca. 2 pst.

Som redegjort for i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 foreligger det nå ny informasjon om aktiviteten i sykehusene pr. 2. tertial i år, som klart overstiger vekstforutsetningen for inneværende år på 2 pst. Under ISF-ordningen er det forutsatt en økning på om lag 3,5 pst. fra 2000, som er det siste året det foreligger regnskapstall for.

Det er en betydelig styringsutfordring som styrene i de regionale helseforetakene nå står overfor. Med utgangspunkt i de helsepolitiske målene skal de koordinere samlet drift innenfor helseregionen. Utgangspunktet er det faktiske aktivitets- og kostnadsnivået som foretakene går inn i 2002 med. Det vil være nivået på basisbevilgningen og effektiviteten i sykehussektoren som skal være bestemmende for aktivitetsutviklingen og dermed også utbetalingene gjennom innsatsstyrt finansiering.

I og med at det knytter seg stor usikkerhet til hva som er det faktiske kostnadsnivået for spesialisthelsetjenesten ved inngangen til 2002, vil det første halvåret måtte være en konsolideringsperiode. Med utgangspunkt i det aktivitets- og kostnadsnivå som spesialisthelsetjenesten nå har, vil det fra Regjeringens side bli lagt vekt på stram styring med fokus på effektiviseringsmuligheter. Omorganiseringen av sykehussektoren innebærer i tillegg en viss usikkerhet om forbruket av basisbevilgningen. Regjeringen har derfor i Tillegg nr. 4 varslet at den vil komme til-

bake til helheten i sykehusbevilgningene i revidert nasjonalbudsjett etter en viss erfaring med og vurdering av ny struktur.

Tilsvarende vil Regjeringen som varslet i tilleggsnummeret, foreta en gjennomgang av de samlede sykehusinvesteringer frem mot revidert nasjonalbudsjett, og komme til Stortinget med resultatet av denne.

La meg avslutningsvis bemerke til representanten Alvheim, som i debatten har advart Regjeringen mot å følge opp sin egen erklæring når det gjelder bioteknologi, at det kan vi selvsagt ikke love. Vi skal aktivt delta i utviklingen og bruken av nye medisinske fremskritt, men denne bruk må skje innen rammen av og i respekt for menneskeliv og menneskeverd. Et føre var-prinsipp er avgjort betimelig på dette feltet, og vi vil komme nærmere tilbake til dette i en stortingsmelding til våren.

Presidenten: Det blir replikkordskifte.

Asmund Kristoffersen (A): Regjeringspartiene og Fremskrittspartiet inngikk et samarbeid om rammene og bevilgningsforslagene knyttet til sosial- og helsebudsjettet. Representanten John Alvheim holdt i lys av dette et noe oppsiktsvekkende innlegg, der han i sterke ordelag kritiserte den budsjettinnstillingen som han er en del av.

Likevel går jeg ut fra at statsråd Høybråten føler ansvar for innretningen på budsjettet. Jeg minner derfor om det forhold som representanten Alvheim prisverdig tok opp, og som statsråden var inne på i sitt innlegg, nemlig finansieringsordningen av opptreningsinstitusjonene – som også denne helseministeren hadde på sitt bord forrige gang han var helseminister.

Det har utover senhøsten kommet alarmerende meldinger om institusjoner som synes å være i faresonen for avvikling. At regjeringspartiene og Fremskrittspartiet i lys av dette ikke tok innover seg det store alvor og la mer i potten, synes å være betenkelig. Derfor må jeg spørre: Har helseministeren planer om å avklare og eventuelt avhjelpe disse institusjonenes situasjon, slik at en eventuelt kan unngå utilsiktede nedlegginger av institusjoner som er et godt tilbud til pasientene, og som er en solid avlastning for spesialisthelsetjenesten?

Statsråd Dagfinn Høybråten: Det er riktig som representanten Asmund Kristoffersen påpekte, at mange av opptreningsinstitusjonene sliter med dårlig økonomi. Det er en av grunnene til at regjeringspartiene sammen med partier som til sammen utgjør et flertall i komiteen, har gått inn for å styrke bevilgningen til opptreningsinstitusjonene. Og jeg har merket meg de klare signaler om at den styrkingen skal brukes til å styrke økonomien til de eksisterende institusjonene. Det vil departementet selvfølgelig følge opp. Jeg legger til grunn at det vil bety en lettelse i situasjonen for mange av de institusjonene som sliter, og det er viktig fordi de, som representanten Alvheim også var inne på i sitt innlegg, utgjør en viktig del av hele kjeden i helsetjenesten. Utstede noen blankogaranti for alle institusjoners fremtidige liv kan jeg selvfølgelig ikke gjøre, men jeg vil innenfor de vedtak Stor-

tinget i dag treffer, søke å møte de behov som de eksisterende institusjonene har.

John I. Alvheim (FrP): Fremskrittspartiet står alene om et forslag i innstillingen om at de regionale helseforetakene også skal kunne kjøpe helsetjenester hos private klinikker og sykehus som tidligere ikke hadde avtale med fylkeskommunene. Begrunnelsen for forslaget er at Fremskrittspartiet mener at med den nye sykehusreformen er det særdeles viktig av hensyn til ventetiden for pasientene at de totale helsetilbudene både i private og offentlige sykehus og klinikker blir utnyttet fullt ut.

I Sem-erklæringen anføres følgende:

«... yte innsatsstyrt finansiering for behandling hos alle godkjente private tjenesteytere som driver etter avtale med regionale helseforetak eller helseforetak.»

Mitt spørsmål til helseministeren blir da som følger: Er den siterte uttalelsen fra Sem-erklæringen å tolke så strikt at det må inngås en formalisert avtale mellom foretakene og de private helsetilbyderne før disse kan legge inn anbud på å utføre helsetjenester for foretakene? Eller kan Sem-erklæringen tolkes dit hen at de statlige foretakene kan kjøpe tjenester betalt med innsatsbasert finansiering fra private tilbydere, basert på pris og kvalitet?

Statsråd Dagfinn Høybråten: I Sem-erklæringen og i Regjeringens tiltredelseserklæring er det varslet en reform når det gjelder forholdet til private sykehus. Vi ønsker å utforme et helhetlig opplegg der godkjente private sykehus inngår i det frie sykehusvalg – de inngår i den innsatsstyrte finansiering, og de inngår i gjennomføringen av pasientrettighetsloven, slik at man faktisk tar i bruk disse ressursene for å løse behovet for sykehustjenester totalt sett. Det samlede systemet arbeider vi nå med å utforme, og det vil basere seg på det grunnprinsipp at disse private sykehusene skal ha eller få en avtale med de regionale helseforetakene, slik det står i Regjeringens tiltredelseserklæring. Det er viktig fordi dette systemet faktisk skal henge i hop. Det skal være et helhetlig system for pasientene, og det skal være et system der det er et offentlig ansvar bak finansieringen.

Vi vil komme tilbake til Stortinget med de nødvendige forslag både når det gjelder lovgivning og retningslinjer for dette, og vi er allerede i gang med å utarbeide et rammeverk for denne reformen.

Olav Gunnar Ballo (SV): I forbindelse med at sosialkomiteen behandlet lov om helseforetak våren 2001, uttalte et mindretall bestående av Kristelig Folkeparti, SV og Senterpartiet i sine komitemerknader at den innsatsstyrte finansieringsordningen av flere instanser var dokumentert å ha uønsket effekt på flere diagnosegrupper. De nevnte partier mente, uavhengig av eiermodell for øvrig, at det er behov for en gjennomgang og forbedring av ISF og DRG-systemet. Vi ønsket altså en evaluering av det, og Kristelig Folkeparti var med på de merknadene.

Det var i det hele tatt den gangen en del merknader fra Kristelig Folkeparti knyttet til helseforetaket – spesielt i

regi av Are Næss – som det nesten er vanskelig å sitere, fordi man kunne frykte at man ble klubbet av presidenten.

Jeg legger merke til at Kristelig Folkeparti nå har endret en del synet på selve helseforetaksmodellen, og tar det til etterretning.

Men når det gjelder selve evalueringen av den innsatsstyrte finansieringen, skulle man tro at det var et stort behov for det. Nå økes altså den innsatsstyrte finansieringen på nytt, til 55 pst. av det sykehusene skal ha å rutte med.

SV og Senterpartiet står sammen om et forslag der man ønsker at Regjeringen foretar en evaluering av konsekvensene av innsatsstyrt finansiering med hensyn til effektivitet, eventuelle behandlingsmessige vridnings-effekter samt vurdering av samfunnskostnader, og at man legger det fram for Stortinget på egnet måte. Dette forslaget er omtrent helt likelydende med det Kristelig Folkeparti var med på i vår.

Jeg vil spørre helseministeren om ikke også han ser behovet for å gjennomgå systemet med innsatsstyrt finansiering med hensyn til hvilke effekter og bieffekter det har hatt, og eventuelt om han kan gi en begrunnelse for hvorfor Kristelig Folkeparti har forandret syn på dette bare siden i vår.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg må innrømme at jeg er litt forundret over denne replikken fra representanten Ballo, som for øvrig ofte har synspunkter jeg finner det lett å dele. Han kan umulig ha vært til stede under mitt innlegg fordi jeg nettopp gav uttrykk for at vi vil igangsette en evaluering av eksisterende finansieringsordninger for alle tjenestoområder innenfor helsevesenet. Det representanten Ballo gjennom det forslaget han viste til, gjør forsøk på, er å sprengte åpne dører. Det er en forutsetning at når reformens ytre, strukturelle grep er på plass, skal finansieringsordningene evalueres og vurderes. Og jeg vil si at den ordningen vi har, har vi mange gode erfaringer med. Det kan være noen utslag som bør korrigeres. Noe av det blir korrigeret, bl.a. kryptaket, i det budsjettet som i dag blir vedtatt – men ordningen er jo ikke hogd i stein. Så jeg er for min del åpen for endringer og tilpasninger, men det må da komme som et resultat av den evalueringen og den gjennomgangen som nå er satt i gang.

Ola D. Gløtvold (Sp): Med bakgrunn i de tall vi fikk presentert i går når det gjelder barne- og ungdomspsykiatrien, at det er mellom 2 000 og 3 000 barn på venteliste i forbindelse med psykiatrisk behandling og hjelp, har jeg lyst til å spørre helseministeren om han ikke deler Senterpartiets og SVs oppfatning, at det ville være fornuftig i hvert fall å få utredet konsekvensene av en behandlingsgaranti for barn og unge innenfor psykiatrien og sett på de organisatoriske og personellmessige ressursene som en har i denne tjenesten.

Så litt om opptreningsinstitusjonene, som jeg var inne på i innlegget mitt der jeg understreket så sterkt jeg kunne, at det må gjøres noe mer enn det grepet som foreslås i

dagens budsjettinnstilling. Helseministeren viste til den styrkingen som var foretatt av regjeringspartiene og Fremskrittspartiet. Den er altfor beskjeden i forhold til det behovet som nok ligger der. At institusjonene selv har grunnlagt et behov som er bortimot det tidobbelte av hva regjeringspartiene og Fremskrittspartiet nå legger inn, får så være, men i hvert fall håper jeg at helseministeren kan bekrefte at han vil følge denne utviklingen nøye og eventuelt komme tilbake med forslag om tiltak allerede i revidert nasjonalbudsjett.

Så til en sak som kanskje er liten, men som betyr veldig mye for en stor gruppe. MS-foreningen har et senter i Hakadal, i helseministerens eget fylke, og dette trenger opprusting. Både MS-senteret og Akershus fylkeskommune har vært i dialog med statlige myndigheter, og statssekretæren for helseministeren, var det vel, sendte tidligere i høst brev til fylkesordføreren der han gav beskjed om at staten ikke hadde ferdigbehandlet saken, men at fylkeskommunen burde bevilge penger slik at prosjekteringen kunne igangsettes. Vil helseministeren følge opp dette, slik at vi får beholde et MS-senter?

Statsråd Dagfinn Høybråten: Jeg deler representanten Gløtvolds bekymring for utviklingen når det gjelder barn og unges psykiske helse og tilgjengeligheten av gode tjenester. Derfor kommer barn og unge til å bli enda tydeligere satsingsområde innenfor opptrappingen av psykisk helse i tiden som kommer, både i forhold til kommunene og i forhold til sykehusene. Vi ser heldigvis nå at nye behandlingstilbud blir etablert, og at flere – langt flere enn før – får hjelp tidligere.

Jeg vil også rette oppmerksomheten mot å bygge ut behandlingstilbudet framfor å utstede flere garantier på papiret. Denne forsamling har relativt solid erfaring med å utstede behandlingsgarantier i helsetjenesten. Jeg trodde at de erfaringene ikke direkte inviterte til gjentakelse. Vi får heller se på hvordan vi framover skal håndtere dette i forhold til pasientrettighetsloven, men å innføre nye behandlingsgarantier vil etter mitt syn bare føre til mer byråkrati og mer bokholderi. Det trenger vi mindre av i sykehustjenesten i Norge.

Jeg har for så vidt ikke noe å tilføye til det jeg sa i mitt svar til representanten Kristoffersen når det gjelder opptreningsinstitusjonene. Vi får manøvrere innenfor det budsjettet som i dag blir vedtatt. Og da har flertallet sagt klart at de økte midlene skal brukes til å styrke de eksisterende institusjonene.

Når det gjelder MS-senteret i Hakadal, så har jeg registrert hva en statssekretær i den forrige regjeringen skrev. Jeg har også konstatert at hovedutvalget for helse- og sosialsaker i Akershus fylkeskommune har bevilget midler til igangsetting av prosjektering av dette. For øvrig vil det bli opp til det regionale helseforetak å vurdere en eventuell fremtidig driftsavtale med dette spesialiserte hjemmet.

Bjarne Håkon Hanssen (A): Jeg vil benytte anledningen til å stille statsråden et spørsmål – helt uten baktanke og mer av ren nysgjerrighet!

Vi ser nå at de nye styrene i helseforetakene er etablert og har kommet i arbeid. Og helt i tråd med regelverket – det er et regelverk vi tar fullt ut ansvar for – vedtar de aller fleste, alle med unntak av ett, at møtene skal føres bak lukkede dører, at debatten skal være hemmelig, at avstemninger skal være hemmelige, og at bare vedtaket skal offentliggjøres.

Jeg har ingen problemer med å se at det finnes argumenter for det vedtaket, men samtidig føler jeg meg ganske trygg på at det vil utvikle en helt ny gren innenfor pressens verden, som handler om å finne ut hva som skjer i de lukkede rom og som er en viktig del av pressens oppgave. Jeg føler meg også helt overbevist om at både regionalaviser og lokalaviser vil utvikle den nye grenen på en veldig god måte. De vil finne ut hvem som sa hva når, og de vil finne ut hvem som stemte hva når. Men da vil vi komme inn i en situasjon der de som satt i dette møtet, ikke kan forklare sin stemmegivning, ikke kan delta i debatten, fordi dette har skjedd i et møte som pr. definisjon var lukket. Jeg tror vi går inn i et demokratisk sett litt vanskelig lende med det systemet vi har lagt opp. Uten at jeg dermed sier at Arbeiderpartiet har tatt stilling i den ene eller andre retning i denne saken, tillater jeg meg rett og slett å spørre: Hva er statsrådets holdning til dette spørsmålet?

Eirin Falset hadde her overtatt presidentplassen.

Statsråd Dagfinn Høybråten: Stortinget tok jo stilling da loven om helseforetak ble vedtatt. Det var ingen stor debatt om dette spørsmålet. Det de regionale helseforetakene gjør, er som vel også representanten Hanssen erkjente, en oppfølging av de rammebetingelser som helseforetakene har fått.

Jeg for min del er opptatt av åpenhet rundt helsepolitikken på alle nivåer – det er noe som til de grader angår folks hverdag og folks liv, at offentlig debatt, aktiv informasjon og åpenhet er viktig. Jeg vil derfor legge stor vekt på at de regionale helseforetakene utvikler en aktiv informasjonsfunksjon, at de oppretter brukerutvalg for samhandling med viktige brukergrupper, og at de også har en dialog med sine omgivelser for øvrig. De skal også praktisere offentlighetsloven, og de skal praktisere meroffentlighet, slik vi andre prøver å gjøre det.

Spørsmålet om åpne møter er mer komplisert. Dette er jo ikke styrer som er sammensatt partipolitisk eller ut fra geografisk representasjon; dette er styrer for foretak, med representanter som er der i kraft av sin personlige egnethet, og som ikke må havne i den situasjon at de blir oppfattet som representanter for sine geografiske regioner. Da har mye i systemet gått tapt. Derfor vil jeg følge denne utviklingen nøye. Nå er vi i den situasjon at noen har valgt åpne møter, andre har valgt lukkede møter, og det har de adgang til. Det gir oss den utmerkede læringssituasjon at man kan vinne erfaring med begge løsninger. Jeg vil med interesse følge de erfaringene.

Presidenten: Replikordskiftet er omme.

Britt Hildeng (A): Det er et paradoks at et av verdens rikeste land fremdeles har grupper som beskrives som fattige. Men det lover godt at komiteen enstemmig vil gjøre noe med det, ved å

- styrke barnetilleggene til trygdede
- øke barnetilleggene i de veiledende retningslinjene for sosialhjelp
- bevilge mer penger til rusomsorgen

Sosialministeren understreket i sitt innlegg villigheten til etter behov å gjøre noe for de fattige. Å bedre situasjonen for dem som er blitt fattige, er viktig og nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å bekjempe fattigdom.

Skal en bekjempe fattigdom, må en ha en politikk som sikrer en rettferdig fordeling, som sikrer at alle får like muligheter til å delta i samfunnet, til å få utdanning, til å få arbeid. En bekjemper ikke fattigdom med skattelette for de rikeste eller med privatisering og konkurranseutsetting av grunnleggende velferdsgoder, som utdanning og nødvendige helse- og omsorgstilbud. En bekjemper ikke fattigdom gjennom trusler om innføring av karensdager i sykelønnsordningen, gjennom reduksjon av arbeidsmarkedstiltak eller gjennom en uhemmet markedsliberalistisk boligpolitikk.

Å bekjempe fattigdom innebærer at en er villig til å sikre alle grunnleggende rett til arbeid, til utdanning, til sosial og økonomisk grunntrygghet. Dette kan ikke gjøres uten en sterk offentlig sektor, og det er her regjeringspartiene og Arbeiderpartiet skiller lag.

Ytelser til uføretrygdede, til syke, til pensjonister har hatt en meget sterk vekst, noe som må være forventet ut fra den befolknings sammensetningen vi har.

Arbeiderpartiet ser folketrygdens ytelser som grunnleggende for den økonomiske tryggheten til den enkelte. Derfor har ikke Arbeiderpartiet nærmet seg problemstillingen gjennom nedskjæringer av ytelsene. Derimot har vi stilt oss som garantist mot reduksjon i sykelønnsordningen, og vi har tatt utfordringen med å finansiere fellesgodene.

Det var således et verdivalg Stoltenberg-regjeringen gjorde da de valgte å skatlegge de rikeste, bl.a. gjennom skatt på aksjeutbytte og andre skatteskjerpelser i næringslivet. Med en slik fordelingspolitikk kan vi også sikre at de trygdedes levestandard følger med den alminnelige velstandsutvikling.

Arbeiderpartiet vil ikke akseptere en underregulering av grunnbeløpet, og vi er glade for at det er et flertall i komiteen som ber Regjeringen sikre at trygdeoppgjøret for 2002 sikrer at grunnbeløpet reguleres minst på linje med lønns- og prisutviklingen for øvrig i samfunnet.

Retten til arbeid er ikke bare et nødvendig virkemiddel for å bekjempe fattigdom. Retten til arbeid sikrer også verdighet, deltakelse og tilhørighet i samfunnet. Det er derfor mange sosiale og økonomiske grunner til at en aktiv velferdspolitik må tilrettelegge for deltakelse i arbeidslivet.

Vår målsetting er ambisøs. Norge ligger allerede i dag på topp når det gjelder yrkesdeltakelse, men vi har tro på at flere kan rekrutteres gjennom en bedre tilretteleggelse av arbeidsplassen, og gjennom sterkere økonomisk incitament til å kunne kombinere arbeid og trygd.

Arbeid må lønne seg, og verken uføretrygdede, delvis syke eller eldre bør oppleve at de straffes for å bruke sine arbeidskrefter. Forslaget om å heve arbeidsinntekten fra 1 G til 2 G før pensjonen avkortes for dem mellom 67 og 70 år, er et skritt på rett vei, men bare ett skritt. Vi må også, slik det skisseres fra Sandman-utvalget, få større grad av fleksibilitet mellom arbeid, sykmelding, uføretrygding og pensjonering.

Det er et uttalt mål å ha et inkluderende arbeidsliv. Men da må vi også være beredt på å ta med de eventuelle effektivitets- og produktivitetsomkostninger det medfører. Et inkluderende arbeidsliv gir rom til arbeidstakere som under andre omstendigheter ville vært utestengt fra arbeidslivet. Dette må vi ha for øye når en i ulike sammenhenger understreker bekymringen for det høye sykefraværet.

Hele komiteen understreker betydningen av å følge opp intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv. Men jeg tillater meg å stille spørsmål om viljen til regjeringens partiene i denne sammenhengen. Skal intensjonsavtalen realiseres, forutsetter det en sterk oppfølging fra trygdeetatens side, både i forhold til den enkelte sykmeldte og med råd og veiledning til lege og bedrift. Når så Regjeringen og flertallet reduserer de midlene som var satt av til dette i regjeringen Stoltenbergs budsjett, med hele 25 pst., svekkes også mulighetene for å lykkes med de tiltakene som er beskrevet i intensjonsavtalen. Når Regjeringen samtidig varsler at de vil komme med innstramminger i regelverket for sykelønnsordningen dersom sykefraværet ikke går ned med 20 pst., da må en kunne stille spørsmål om Regjeringens vilje. En må faktisk kunne stille spørsmål om Regjeringen har en skjult dagsorden for å hente fram sine partiprogrammer, som alle har som mål å begrense sykelønnsordningen, enten gjennom karensdager eller annen reduksjon i sykelønnsutbetalingene.

Arbeiderpartiet vil slå ring om sykelønnsordningen og ser det som en av forutsetningene for fattigdomsbekjempelse. Jeg skulle ønske at sosialministeren i løpet av denne debatten ville utstede en garanti for at sykelønnsordningen ikke vil bli rørt så lenge hun er med i Regjeringen. I så måte etterlyser jeg et klarere svar enn det hun gav til representanten Molvik.

Så helt til slutt en sak som jeg synes har vært forferdelig vanskelig, og resultatet av vår behandling i komiteen gjør meg nesten fortvilet. Det gjelder egenbetalingen ved kunstig befruktning. Jeg er klar over at det var regjeringen Stoltenberg som opprinnelig fremmet dette forslaget. Men en rekke brev fra enkeltindivider forteller om fortvilelse og sorg. Jeg er glad for at vår stortingsgruppe etter en gjennomgang av hva dette innebærer og hva det betyr for enkeltmennesker, fant at det var riktig å gjøre noe med det. Ufrivillig barnløshet er et større problem og omfatter flere enn det man kanskje i første omgang tror. Hvert sjuende par rammes av det, og problemet med infertilitet er voksende.

Et annet helseproblem av så stort omfang hadde neppe blitt behandlet på denne måten. Å begrense et offentlig helsetilbud gjennom økonomisk betalingsevne er også et

nytt prinsipp i vårt helsevesen, og for egen del vil jeg si at det verken er et demokratisk eller et sosialt rettferdig prinsipp.

Dessverre er det ikke noe flertall for å gå tilbake på Regjeringens forslag i denne omgang. Men jeg føler at vi ikke bare kan slippe denne saken, og at vi må arbeide for å finne en løsning for de mange som føler seg fortvilet i dag. Jeg håper at det etter hvert vil bli et flertall her i salen for dette.

Beate Heieren Hundhammer (H): Vi har fått en heftig fattigdomsdebatt her til lands. Det er bra, slik at vi får rettet opp uakseptable skjevheter. På den andre siden er det trist at det i det hele tatt er nødvendig med en slik debatt i et av verdens rikeste land. Men det har vi fått avdekket at det er.

Samarbeidsregjeringen har vektlagt innsatsen for de fattige. Det er nedfelt i Sem-erklæringen og har blitt fulgt opp i den nye regjeringens tillegg til statsbudsjett. Konkrete forslag til tiltak i neste års statsbudsjett vil være med på å bekjempe fattigdommen på kort sikt, mens Regjeringens varslede fattigdomspakke vil ta for seg mer langsiktige utfordringer.

Jeg har lagt merke til at det har utviklet seg tilløp til konkurranse om hvem som skal være best i klassen når det gjelder å hjelpe dem som ikke befinner seg på solsiden. Selv om det kan være fristende å spørre hvorfor de som har hatt sjansen til å gjøre noe tidligere, ikke har gjort det, tror jeg det er bedre å se det på en positiv måte. Jo flere som engasjerer seg i debatten og kommer med forslag, desto lettere er det å oppnå gode resultater.

For å bekjempe fattigdommen er det nødvendig med mer målrettede tiltak enn tidligere. Generelle ordninger treffer dårlig, i tillegg til at de har en tendens til å bli svært dyre. De tiltak som iverksettes, må gå til dem som trenger hjelpen mest.

For dem med forsørgeransvar for barn er det spesielt vondt å være fattig. Barn som opplever å vokse opp i fattigdom, lærer seg fort forskjellen på fattig og rik. For dem dreier dette seg om å være en del av det fellesskapet som de fleste andre barn er en del av, få muligheten til å delta i fritidsaktiviteter og slippe å unnskyldes seg når man ikke kan delta på ulike arrangementer. Lykke er ikke til enhver tid å være først ute med det siste, men det er ikke det dette dreier seg om. Det handler om å ha muligheten til å være en del av fellesskapet.

For å lette situasjonen for vanskeligstilte barnefamilier har Regjeringen foreslått å øke det inntektsprøvede barnetillegget for uføre- og alderspensjonister. Ved utmåling av sosialhjelp foreslo også Regjeringen å holde kontantstøtten utenfor. Disse tiltakene sammen med prisjustering av sosialhjelpen og en økning av minstefradraget er målrettede tiltak som spesielt vil slå gunstig ut for barnefamilier. I tillegg har Samarbeidsregjeringen i statsbudsjettet for kommende år lagt inn midler til kommunene slik at leirskole blir gratis fra høsten 2002.

I sosialkomiteen støttet Høyre og Kristelig Folkeparti forslaget om å holde kontantstøtten utenfor ved utmåling av sosialstøtten, både for å styrke barnefamiliens økonomi

(Heieren Hundhammer)

og sikre lik valgfrihet for alle barnefamilier. Dette ønsket ikke et flertall i sosialkomiteen. Ved å foreslå at kommunenes kompensasjon for å holde kontantstøtten utenfor heller skal gå til økt barnetillegg, viderefører riktignok flertallet Regjeringens linje for bekjempelse av fattigdom blant barnefamiliene, men samtidig innfører flertallet en forskjell mellom folk som er betenkelig. Barnefamilier som er i en vanskelig situasjon, skal altså få innskrenket sin valgfrihet i forhold til alle andre barnefamilier. Det å ikke innrømme samme rettigheter til de som er i en periode av livet der de er avhengig av ekstra støtte fra fellesskapet, er å synliggjøre enda mer den forskjellen som mange sosialhjelpsmottakere føler. Det sendes også ut et signal om at barn av sosialhjelpsmottakere pr. definisjon har best av å være i barnehage og ikke tilbringe dagen sammen med mor eller far. Hvis dette skulle være tilfellet, har vi andre offentlige instanser som tar seg av det.

Mange med begrensede midler er avhengig av medikamenter og behandlinger. En enstemmig komite går inn for å senke det årlige utgiftstaket for betaling av egenandeler fra 1 450 kr til 1 350 kr.

Videre slutter en samlet komite seg til at utføre og alderspensjonister fritas for egenandeler på medisiner og sykepleieartikler. Når det gjelder dette fritaket, er det imidlertid ikke å legge skjul på at regjeringspartiene er bekymret for at dette ikke er målrettet nok. Derfor er vi positive til at Regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett vil se på tiltak som gjør ordningen mer målrettet.

Men selv om disse forslagene er på plass, er problemet for de pasientgrupper som er avhengige av medikamenter og behandling som ikke faller inn under ordningen med et årlig egenandelstak, like stort. Dette gjelder særlig mange funksjonshemmede og kronikere. Derfor er det å håpe at denne regjeringen lykkes med å etablere et «tak 2» for egenandeler. Bare slik kan vi skjerme de virkelige storforbrukerne, og de som kanskje aller mest sliter med å ha muligheten til å betale for det de trenger for å få et bedre og mer verdig liv.

I Dokument nr. 8-forslaget om tiltak for å motvirke fattigdom har forslagsstillerne flere forslag som Høyre og Kristelig Folkeparti har problemer med å støtte. Ved å foreslå å gjøre SIFOs satser bindende for kommunene ved utmåling av sosialhjelp vil man fjerne seg fra det som er meningen med sosialhjelp, nemlig en stønad til livsopphold i en midlertidig periode. SIFOs satser er basert på et standardbudsjett som skal vise kostnadene ved å opprettholde et alminnelig forbruksnivå over en lengre periode. Dette gjør at det også er tatt høyde for utgifter utover det aller nødvendigste. Det er viktig å opprettholde skillet mellom et budsjett som skal være en standard for folk flest, og veiledende retningslinjer for støtte til midlertidig livsopphold.

Når det gjelder gratis barnehage og SFO til alle sosialhjelpsmottakere og dem med trygd under et visst nivå, vil det være mest hensiktsmessig å se på dette når Regjeringen legger fram sin varslede endring av finansiering av barnehager, som innebærer å samle all offentlig støtte til

barnehagene i ett statlig tilskudd. Da vil man samtidig ha muligheten til å utarbeide målrettede retningslinjer for å ivareta behovet for et godt og rimelig barnehagetilbud til dem med spesielle behov.

Forslaget om at bruk av hospits som boligløsning for barnefamilier skal opphøre, har selvfølgelig ikke regjeringspartiene noe problem med å stille seg bak. Det kan også tilføyes at Regjeringen vil utarbeide nasjonale kvalitetsstandarder for hospits, og at Regjeringen i statsbudsjettet for neste år foreslår å heve boutgiftstaket i bostøtteordningen med 5 000 kr i landets fire største kommuner.

Så fra én sak som et av verdens rikeste land ikke kan være bekjent av, til en annen sak som vi heller ikke kan slå oss til ro med, nemlig et rekordhøyt sykefravær og en rekordhøy andel uføretrygdde. Både med hensyn til den enkelte og for samfunnet gir dette grunnlag for stor bekymring. Til tross for at sykefraværet har stått sterkt i fokus de siste årene, peker fraværstallene fortsatt oppover. De siste tallene fra Statistisk sentralbyrå viser at sykefraværet har steget med 4,7 pst. fra tredje kvartal i fjor til tredje kvartal i år. Dette viser at intensjonsavtalen mellom partene i arbeidslivet, som skal få ned sykefraværet, må lykkes. Regjeringen har gjort det klart at den skal følge opp sin del av avtalen.

Det er ulike grunner til det høye sykefraværet, og det er utvilsomt mye som kan gjøres både for å forebygge og for å sørge for at sykmeldte kommer så raskt som mulig tilbake i arbeid. Aktuelle stikkord er: bedre arbeidsmiljø, sikre folk raskere behandling i helsevesenet og gjøre en del offentlige støtteordninger mer smidige. Her har alle partene i intensjonsavtalen et ansvar.

Men det er heller ingen grunn til å la være å stille kritiske spørsmål med hensyn til hvorfor vi som lever i et av verdens rikeste land, med høy levestandard, gode velferdsordninger og et godt helsevesen, har en så syk arbeidsstyrke sammenlignet med andre land. Det er heller ikke slik at det bare er sliterne som er syke. Den siste undersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå viser også at det er blant de unge mellom 20 og 24 år vi finner den kraftigste veksten i sykefraværet. Nå er det sikkert tøft å være ung, men ingen må fortelle meg at det ikke finnes andre grunner til å se på det enn bedre arbeidsmiljø og et mer inkluderende arbeidsliv, når 20-åringene blir mer skrøpelige enn folk som har stått i hardt fysisk arbeid i årevis. Da må man heller ikke ta avstand fra å se på endringer i systemet som er ment å ta vare på de som blir sykmeldte, og de som trenger uføretrygd. Det må derfor få konsekvenser dersom partene ikke når sine mål i den inngåtte intensjonsavtalen om et lavere sykefravær. Det er derfor viktig at et flertall i sosialkomiteen har gitt Regjeringen sin støtte til å vurdere innstramminger i sykelønnsordningen hvis partene ikke når de mål de har blitt enige om.

Hvis sykefraværet ikke reduseres kraftig, vil det være med på undergrave hele systemet og hjelpen til dem som virkelig er syke. Samfunnet har ikke råd til annet enn å få friskmeldt arbeidsstokken. Det avhjelper dessuten ikke mangelen på arbeidskraft at vi har rekordmange syke. Det avhjelper heller ikke mangelen på penger til andre

gode formål at vi i dag bevilger omtrent 25 milliarder kr til sykelønnsutbetalinger bare over statsbudsjettet. Og et næringsliv som daglig må hevde seg i sterk konkurranse, kan ikke leve med at store deler av de ansatte til enhver tid går sykmeldt.

For å bevare og utvikle velferdssamfunnet trenger vi flere mennesker i arbeid. Da må sykefraværet ned, og alle som er – eller har muligheten til å bli – arbeidsføre, men som i dag ikke er definert som det, må inn i arbeidslivet. Slik kan vi også få frigjort midler til andre oppgaver.

Helt til slutt kunne det være fristende å utfordre Arbeiderpartiet til å klargjøre kuttene de har foreslått på sykehussektoren på drøye 200 mill. kr for å dekke inn sine ulike påplussinger. Hvordan henger dette sammen med at Arbeiderpartiet samtidig forutsetter et høyere aktivitetsnivå ved sykehusene enn det Regjeringen legger til grunn i sitt statsbudsjett? Jeg forventer at Arbeiderpartiet vil klargjøre dette i den videre debatten.

Kjell Engebretsen (A): Det er mange ting som er viktig i et samfunn, men vi kommer ikke unna at helse- og sosialsektoren på en måte står i en slags særstilling. Det blir et litt stusslig samfunn om vi har en veldig god infrastruktur, om vi har strålende finanser og et høyt vitenskapelig nivå, men det er slik at folk ikke får ivarett sin helse og sine sosiale behov på en tilfredsstillende måte.

Vi har hatt mange debatter om helse- og sosialpolitikken, ikke minst om hvordan man på en hensiktsmessig måte skal kunne drive våre sykehus, eldreomsorgen, hvordan trykkesystemene skal fungere, osv., og akkurat nå er vi inne i en betydelig reform av helsevesenet. Mange ting skal skje, og store byggeprosjekter er på gang. Og det er et betydelig løft vi står overfor. Det er en ny organisering som med all sannsynlighet vil gi oss en bedre helsetjeneste.

Statsrådene har i dag etter tur snakket om en helhetlig og overordnet tilnærming til dette, og det må være svært riktig. I denne sammenheng vil jeg likevel minne helsestatsråden om den utredningen som er gjort, og de søknader som nå foreligger på statsrådets bord når det gjelder nytt sykehus i Follo. Alle forhold tatt i betraktning er dette et veldig godt prosjekt, som i en ny og helhetlig struktur vil dekke de aktuelle områdene også i Østfold. Når det nye Rikshospitalet endelig fikk sin plassering avgjort, var det et enstemmig storting som uttalte at det etter denne plasseringen var en forutsetning at det ble bygd nytt sykehus i Follo. Dette er en liten bit i det store planarbeidet som nå er i gang, men det er en viktig bit. Og det vil være svært uheldig om dette prosjektet skulle bli lagt til side nå når de nye strukturene legges på plass. Jeg antar derfor at helseministeren tar dette med i sine helhetlige planer for regionene når de faller på plass.

Et annet forhold innen helse- og sosialsektoren som vi kanskje ikke diskuterer like mye om sykehusene, er de ulike brukerorganisasjonene og deres roller. Jeg hørte Høyres Bent Høie i et innlegg tidligere i dag peke på viktigheten av disse organisasjonenes arbeid, og han sa bl.a. at de stod for en betydelig del av informasjonen og orien-

teringen til myndigheter og faglige miljøer som disse ellers ikke ville hatt tilgang til. Og jeg er svært enig i Høyres vurderinger av dette.

Det fins mange slike organisasjoner, og det er kanskje ikke helt rimelig å nevne noen av dem spesielt, men jeg skal likevel gjøre det for å illustrere situasjonen. Rygglidelser er en av de virkelig store folkesykdommene i vårt samfunn. De representerer store personlige lidelser, naturligvis, og de representerer enorme kostnader for samfunnet. Hele 30 pst. av økningen i sykefraværet skyldes rygglidelser. Og utbetalinger over trygdebudsjettet og til behandling beløper seg til nærmere 15 milliarder kr i året. Likevel er forskningen og spesialiseringen innen dette området relativt beskjeden i forhold til andre områder innen helsevesenet. Dette er forhold som vi bør ha tid og råd og mulighet til å se litt nærmere på.

Det er naturligvis etablert en forening for mennesker med rygglidelser. Og man kan regne med at en slik forening vil kunne bidra i dette arbeidet. Men de sliter nå med å kunne opprettholde sin virksomhet fordi de ikke får penger til å klare det. Beløpene er naturligvis beskjedne. Jeg ser i innstillingen at Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil gi denne foreningen 700 000 kr, men at de to partiene står alene om dette. Og det forbauser meg at Høyre og Kristelig Folkeparti, med sine holdninger til denne typen arbeid, ikke fant mulighet til å være med på en slik bevilgning. Jeg håper at man finner mulighet til å se på dette en gang til. Det er ikke heldig at denne typen foreninger og organisasjoner skal måtte redusere eller legge ned sitt arbeid når det dreier seg om så beskjedne beløp som vi ser i denne sammenheng. Å finne praktiske og hensiktsmessige måter å gjøre brukerorganisasjonene i stand til å fortsette sitt arbeid på, vil både faglig og økonomisk være en meget hensiktsmessig og forsvarlig bruk av midler.

Elisabeth Røbekk Nørve (H): Opptreningsinstitusjonene spiller en svært viktig rolle i samfunnet. De skal være lett tilgjengelige for brukerne av tjenesten, og de skal fungere som en forlenget arm for sykehusene.

Den raske utviklingen vi i dag opplever innen medisinsk teknologi og spesialisering ved våre sykehus, betyr at stadig flere kan behandles og reddes tilbake til livet. Utviklingen ved sykehusene er positiv, men det er dessverre fortsatt mangler og geografiske forskjeller i rehabiliteringstilbudet. I mange tilfeller bidrar manglende opptreningstilbud til å redusere effekten av utført kostbar akuttbehandling ved våre sykehus. Dette er svært uheldig og må rettes opp.

Når staten fra nyttår overtar sykehusene, vil Regjeringa sikre bedre tilgang og tettere samarbeid mellom sykehusene og opptreningsinstitusjonene. Regjeringa vil utarbeide og komme tilbake til Stortinget med en ny, permanent og mer forutsigbar finansieringsordning for institusjonene.

Mange av opptreningsinstitusjonene sliter med dårlig økonomi. Regjeringspartiene, sammen med Fremskrittspartiet, klarte i budsjettforliket å spisse budsjettet for opptreningsinstitusjonene med 20,5 mill. kr utover det

opprinnelige budsjettet. Økningen skal fordeles på institusjonene og gå til økt kurdøgnpris.

Ser vi utover økningen i rammen på 20,5 mill. kr, har Regjeringa tatt høyde for at en eventuell rentenedgang og redusert elavgift også vil komme institusjonene til gode. Regjeringa har også tatt ytterligere grep for at brukere med dårlig økonomi lettere skal kunne benytte seg av viktig behandling ved institusjonene. Regjeringa har derfor valgt å redusere egenandelen for brukerne fra 190 kr til 150 kr pr. kurdøgn.

Habiliteringstjenesten for barn har i liten grad utviklet intensive treningstilbud. Regjeringa ser det som viktig at foreldre har valgfrihet i forhold til de ulike behandlingsopplegg, og ser derfor positivt på at det skal arbeides vidare med å fremskaffe personell som kan sikre vidareutvikling av Petø-metodikken og Doman-metoden. Det er viktig at det utarbeides en strategi for hvordan helsetjenesten og velferdsstaten bedre enn i dag kan møte familiene med funksjonshemmede barn. Petø-senteret på Hamar vil som et eksempel være et viktig ledd i en slik strategi.

En samlet komite gikk inn for å vidareføre Arbeiderpartiets forslag om å gi gratis p-piller til jenter fra 16 til 19 år. Intensjonen med forslaget er å redusere aborttallene. Fra før er både angrepille og abortpille akseptert. Personlig er jeg ikke så veldig glad for den utviklingen vi her ser, og mener at det blir for enkelt å velte alt ansvaret over på unge jenter, som ofte blir stående overfor stort press.

Det er derfor viktig at en i arbeidet med å redusere aborttallene også tar i bruk andre virkemidler fremfor å dele ut stadig flere varianter av piller. Mitt inntrykk er at vi etter hvert lever i et mer eller mindre akseptert pille-samfunn. Ta en pille, så ordner det meste seg. Gratis p-pille må ikke bli et signal til guttene om at de ikke trenger å ta ansvar. Bruk av kondom beskytter både mot graviditet og kjønnsjukdommer, og bør derfor bli et tilbud på lik linje med p-pille og markedsføres langt bedre enn i dag.

Kanskje bør vi også på et senere tidspunkt ta opp spørsmålet om hvilke holdningsendringer som må til for å snu en svært negativ og farlig trend, der både ungdom og voksne i dagens samfunn blir stadig mindre kritisk til økt pillebruk.

J ø r g e n K o s m o hadde her gjeninntatt presidentplassen.

Magne Aarøen (KrF): Det er brei oppslutnad i sosialkomiteen om Samarbeidsregjeringa sin innsats mot alkohol- og narkotikabruk. Norske 15-16-åringar drikk i dag dobbelt så mykje som for ti år sidan. Den auka tilgangen på alkohol, som Kristeleg Folkeparti har kjempa imot, er ein av grunnane til denne auken. Regjeringa har meldt ein handlingsplan mot rusmiddelproblem, og det trengst.

Regjeringa og særleg Kristeleg Folkeparti har vore kritisert for lempinga av avgiftsnivået på budsjettet for neste år. Kristeleg Folkeparti har gått med på den reduk-

sjonen med bakgrunn i at vi ynskjer å halde ein brei oppslutnad om Vinmonopolet og, om mogleg, redusere grensehandelen og ulovleg omsetnad. Etter Kristeleg Folkeparti sitt syn har det vore opna altfor mange vinmonopol dei siste åra. Vi har gått imot, vi ynskjer ikkje at det skal verte opna fleire denne perioden, og vi ser det heller ikkje nødvendig med ytterlegare senking av avgiftene. No får ein vurdere korleis dette vert.

Vi er også kritiske til Vinmonopolet sitt nettsal, og til at alkohol vert meir tilgjengeleg med sjølvbetente pol. Det er ikkje oppgåva til Vinmonopolet å auke omsetnaden. Tilgang og pris er hovudfaktorar som påverkar forbruket mest.

Samarbeidsregjeringa si satsing på førebyggjande og lækjande tiltak for narkomane er også gledeleg.

I høve til Stoltenberg-regjeringa har Samarbeidsregjeringa synt eit langt større ansvar for dei utsette og svake gruppene som rusmisbrukarar og deira familiar ofte er. Regjeringa vil kome attende til dette på brei basis i ein handlingsplan.

Tannlækjarmangelen i Noreg er alarmerande. Ein samla komite er oppteken av at utdaningskapasiteten vert auka. Eit mindretal i komiteen har bede om at denne utdanninga vert lagd til Universitetet i Tromsø. Kristeleg Folkeparti har ikkje slutta seg til denne merknaden, fordi vi meiner at Regjeringa får kome attende og avklare kva den meiner. Men for Kristeleg Folkeparti sin del har vi ei klar føring i at vi ynskjer at ein skal kome til den konklusjonen at denne utdanninga bør leggjast til Tromsø. Det trur vi gjev den beste rekrutteringa av studentar frå landsdelen og den beste rekrutteringa av utdana tannlækjarar til landsdelen. Når det er sagt, vil eg leggje til at det også i andre delar av landet er underskot på tannlækjarar, m.a. i min eigen landsdel, Vestlandet.

Eit avsnitt som er styrkt i budsjettet, er støtta til rehabiliteringssentera. Komiteen er gjort rikeleg kjend med at desse slit tungt økonomisk, også dei fire spesielle sentera. Lat meg i denne samanhengen få peike på eit senter i mitt eige heimfylke, Hauglandsenteret, som har ein kompetanse og eit nivå på linje med dei fire spesielle. Helse-region vest har bede om at det vert godkjent som eit spesielt helsesportsenter. Eg vonar at Regjeringa vil ta opp denne søknaden og gje den eit positivt utfall i budsjettet for 2003.

Statleg overtaking av sjukehusa var Kristeleg Folkeparti imot. Ein av grunnane var frykta for sentralisering av lokalsjukehusa og den funksjonen med beredskap og fødeavdeling som dei i mange tilfelle har. Lokalsjukehusa sin funksjon er viktig. Eg er trygg på at helseministeren vil følgje tett opp og sjå korleis dette utviklar seg, slik at det ikkje vert slik som mange fryktar.

Dei ulike framlegga frå sosialkomiteen er i det vesentlege positive. Men når familiar med behov for sosialhjelp av Senterpartiet, SV, Framstegspartiet og Arbeidarpartiet vert fråtekne 36 000 kr dersom dei har barn i kontantstønadsalder, er det ille. Den valfridomen som alle andre heimar har, skal ikkje dei svake blant oss ha når dei i ein periode treng ekstra hjelp. Det er ei diskriminering, og det er ikkje ei verdig handsaming av denne gruppa.

Til slutt vil eg peike på at mangelen på helsepersonell er stor. Kristeleg Folkeparti er med og peiker på det i budsjettet, og vi peiker på at forhold som løns- og arbeidsvilkår må opp til drøfting med organisasjonane for å finne gode løysingar.

La meg også seie til representanten Hildeng frå Arbeidarpartiet at då ho prøvde for litt sidan å så tvil om Regjeringas haldning til denne avtala som gjeld sjuke-lønsproblematikken, var det eit forsøk på å finne fotfeste. Ho vart ståande i tomme lufta. Det er ei veldig klar oppfølging frå Regjeringa i merknadene, at det eventuelt skal vurderast å gjere noko dersom dette ikkje fell på plass. Inga regjering, ingen med ansvar, kan seie at same korleis dette går, skal ein ingenting gjere. Eg håpar at det kan verte brei semje også om dette.

Til slutt: Eg er ein av dei mange som stiller seg undrande til korleis Arbeidarpartiet kan vente seg auka innsats frå sjukehusa, meir aktivitet, når ein samstundes gjer kutt på 200 mill. kr. Er det stor forventning om pris- og lønsnedgang som ligg bak, eller kva?

Oddbjørg Ausdal Starrfelt (A): Aftenposten omtalte nyleg på leiarplass dei positive erfaringane som er gjorde i Østfold om å få uføre tilbake til arbeid.

Mange er ufrivillig uføre. Dei ynskjer å vera i arbeid, heilt eller delvis, men tek imot trygd i staden. Det fører til tap av viktig arbeidskraft, til auka utgifter for samfunnet og til at einskildpersonar får eit mindre meningsfylt liv og ofte eit liv med låge inntekter. Retten til å vera i arbeid, til å ta del i yrkeslivet og til å tena sine egne pengar, har mykje å seia for den einskilde.

Det er eit gode å kunna sikrast inntekter ein kan leva av når ein ikkje kan arbeida, men det er ikkje eit gode å verta utestengd frå arbeid når ein vil ta del. Eg har kjent mange gjennom livet som har hatt sterke ynske om å vera i arbeid, men som har gjeve opp. Dei fleste fekk aldri prøva seg, dei vart konkurrerte ut av folk med færre problem og finare papir, eller dei torde ikkje seia ifrå seg uføretrygda. Etter at me gjorde det mogleg å prøva seg utan å mista trygda, har fleire fått ein sjanse. Forsøket i Østfold syner at det er mogleg. Andre har måtta gje opp fordi dei ikkje klarer kjøret, ikkje får sjanse til å arbeida deltid eller med eit litt lågare tempo. Det er meningslaust ut frå alle tilhøve, etter mi mening. Som eg sa: Dei kan arbeida heilt eller delvis, me treng arbeidskrafta, dei får eit betre liv, og samfunnet får færre utgifter.

Difor er eg stolt over at Arbeidarpartiet alltid har prioritert arbeidsmarknadstiltak og andre tiltak for å stimulera og kvalifisera folk til å koma i arbeid. I dette budsjettet er det snakk om å utvida ordningane for å få uføretrygda tilbake til arbeid. Arbeidarpartiet ser òg fram til å få ei ny arbeidsmiljølov til handsaming. Det er heilt avgjerande å styrkja innsatsen for å skapa eit meir inkluderande arbeidsliv. Eg tenkjer på ei ung, psykisk utviklingshemma jente som har vore uføretrygda sidan ho var 16 år. Ho har dei siste åra hatt diverse oppgåver for kommunen der ho bur. Det har gjeve henne eit rikare liv, og det har gjeve folk som har arbeidd saman med henne, ei ny erfaring og eit rikare liv. Eg ser ikkje bort ifrå at ho med større vilje

til tilpassing kunne klara ein deltidjobb og få erstatta t.d. halve trygda med løn. Eg ser henne for meg strålende om dette var mogleg.

Eg tenkjer òg på han som skadde ei hand og vart uføretrygda då han var litt over 20 år, men som ynskjer å arbeida. Han fekk etter mange år prøva seg på den lokale fabrikk på sitt fagområde, men det vart ikkje vist nokon vilje til å la han ta litt meir pausar for å hindra stress og smerte, til å la han arbeida t.d. litt meir enn halv tid for halv løn, e.l. Det som skulle gje han ein ny sjanse, vart eit nytt nederlag. Det er òg eit nederlag for Noreg.

Det som skil folk økonomisk i Noreg, er om dei er i arbeid eller ikkje. Svært mange av dei som slit økonomisk, tek imot trygd eller stønad av ulikt slag. Me når ikkje dei med generelle tiltak åleine, men me treng heller ikkje møta dei med individuelle og ofte klientskapande tiltak som dei må søkja på fordi dei ikkje får økonomien til å gå rundt. Me kan laga tiltak som treffer dei som har minst, på i alle fall tre måtar:

For det første kan me redusera betalinga for tenester slik me i dag gjer, ved å senka taket for eigendelar på helsetenester og gje alders- og uføretrygda gratis medisinar på blå resept. Me kan for det andre laga inntektsgraderte betalingsordningar for t.d. plass i skulefritidsordning. For det tredje kan me auka overføringane til utsette grupper.

I budsjettet i år aukar overføringane til barnehagar med over 1 milliard kr etter initiativ frå Stoltenberg-regjeringa. Det gjev rom for fleire plassar og lågare foreldrebetaling. Dei som har minst, treng mest å få reduserte prisar. Difor er satsar graderte etter inntekt viktig for å motverka at folk må ta ungar ut av barnehagane på grunn av prisen. Undersøkingar viser at foreldre som har uføretrygd, har jamnt over dårleg råd. Dei kan me nå ved å auka barnetillegget i folketrygda, slik me gjer i dag. Eg vonar at Regjeringa ser på slike moglegheiter når ho skal koma med framlegg til tiltak for å motverka fattigdom i Noreg – ikkje tiltak som gjer mottakarane til klientar.

Til slutt må eg seia at eg er skuffa over at ikkje fleirtallet i dag har late seg røra av historiene om dei ufrivillig barnlause, men at dei held ved lag ei eigenbetaling som vil gjera dette til eit tilbod til dei som har mest. Det kan vera at det ikkje er ein menneskerett å få barn, men me som har fått, veit kor stor ei oppleving det er. Det må vera feil at eigenbetalinga vert så høg at dei som tener minst, og dei som er unge, ikkje har råd. Eg er glad for at Arbeidarpartiet fann plass til å redusera eigendelen moneleg då budsjetttrammene vart auka. Dette må vera viktigare enn skattelette til dei som har mest frå før.

Presidenten: De talere som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

Torstein Rudihagen (A): Eg vil rette søkjelyset mot eit område som fleire har vore innom i debatten i dag.

Ei stor utfordring er å få ei rask rehabilitering av pasientar, m.a. for å få folk raskast mogleg ut igjen i arbeid. I ein slik arbeidslinjepolitikk har opptreningsinstitusjonane ein viktig funksjon. Derfor må dei få rammevilkår

som gir moglegheit til eit kvalitativt godt tilbod. Mange av desse institusjonane er nå på balansepunktet for i det heile tatt å kunne overleve. Om dei overlever, er det store problem med å få til dei nødvendige investeringane og den daglege drifta. Dette blir fort ein vond sirkel der òg kvaliteten på tilbodet går ned.

Ein reduksjon av eigendelen frå 190 til 150 kr i døgnet og ein kompensasjon for dette er veldig bra – bra for pasientane og bra for institusjonane. Fleire får høve til å kunne bruke tilboda. Men den låste kurdøgnprisen gir institusjonane ei dårleg inntening. I behandlinga av revidert nasjonalbudsjett var det lagt inn ein auke på 25 mill. kr. Arbeidarpartiet foreslår nå ein auke på 50 mill. kr, men eg konstaterer eit fleirtal for 20 mill. kr. same kva, så er dette talet ei form for nødhjelp. For det som er viktig, er at m.a. det som Regjeringa sjølv seier i Sem-erklæringa, blir følgt opp, at vi får eit opplegg for ei langsiktig og trygg finansieringsordning for desse institusjonane. Det var det òg eit fleirtal som uttrykte i forbindelse med behandlinga av revidert nasjonalbudsjett, og eg vil nytte dette høvet til å minne fagstatsråden og Regjeringa om dette.

Åslaug Haga (Sp): Fra 1. januar 2002 overtar staten ansvaret for sykehusene. Makt og myndighet overføres til regionale helseforetak. Disse skal ledes av såkalt profesjonelle styrever som ikke engang er forpliktet til å følge alminnelige prinsipper for offentlighet. Stortinget har igjen valgt å drive politikk på armlengdes avstand. Vanlige folks mulighet til å påvirke et av de mest kontroversielle politikkområdene er så godt som nullt ut.

La meg ikke ta noen omkamp, men jeg vil like fullt benytte anledningen til å snakke om betydningen av lokalsykehuset Follo sykehus.

Stortinget vedtok i 1997–98 at det skulle bygges nytt lokalsykehus i Follo, da man omtalte lokaliseringen av det nye rikshospitalet til Gaustad. Således har Stortinget allerede sagt ja til Follo. Dette må nå følges opp.

Follo sykehus er planlagt som et rendyrket lokalsykehus for ca. 163 000 innbyggere i Follo og Indre Østfold. Driftskonseptet for sykehuset tilsier at dette vil bli et modellsykehus for samarbeidet mellom ulike fag og ulike profesjoner, og for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Pasientene skal møte et helhetlig og samordnet tjenestetilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rustiltak. Sykehuset skal også inneholde et fylkesdekkende senter for spiseforstyrrelser. Videre er det lagt til grunn at Follo sykehus også skal være et pilotprosjekt i forhold til gjennomføring, da sykehuset skal etableres gjennom en totalentreprisemodell.

Alternativet til utbygging av Follo sykehus er en utbygging av Aker sykehus, eller en delt løsning mellom Aker og det nye sentralsykehuset i Akershus. Beregninger utført av en prosjektgruppe bestående av eksterne konsulenter og faglige representanter fra både Oslo kommune og Akerhus fylkeskommune, viser at investeringskostnadene er omtrent de samme for de tre alternativene. Det er altså ikke dyrere å bygge nytt i Follo enn å bygge ut på SiA og/eller på Aker.

Driftsmessig vil en utbygging i Follo bli 56–106 mill. kr billigere i året enn med delt løsning eller en utbygging av Aker. Økonomisk sett er det ingen tvil – samfunnet vil tjene stort på å bygge Follo sykehus.

Samfunnet vil også spare gjennom redusert press på veier og kollektivtrafikk. Og med et nedslagsfelt på over 160 000 mennesker skulle det bare mangle at ikke også de som bor i Follo-regionen, skal ha krav på et sykehus i sitt nærområde.

Alle reguleringsplaner lokalt er ferdigbehandlet. Man kan nær sagt sette spaden rett i jorda så fort vedtak om bygging er gjort – og dette må skje før 2005, ellers går arealet tilbake til grunneierne.

Jeg vil understreke betydningen av at dette prosjektet prioriteres, først og fremst ut fra de behov som er til stede i området det skal betjene, men også fordi dette sykehuset både driftsmessig og utbyggingsmessig representerer et nytt konsept som det er svært viktig å få prøvd ut i praksis.

Ola D. Gløtvold (Sp): Jeg vil nå innom personellsituasjonen innen helse- og omsorgssektoren.

Senterpartiet har også tidligere tatt til orde for og foreslått at vi måtte få tiltak for å bedre denne situasjonen og rekrutteringen til helse- og omsorgssektoren. Noen av disse forslagene gjentas i denne budsjettbehandlingen, og vi forventer at Regjeringa følger opp og kommer tilbake med forslag til tiltak som har større virkning enn det vi til nå har sett. Blant annet håper jeg at Kristelig Folkeparti finner tilbake til de meninger og holdninger de hadde i vår.

Senterpartiet gikk imot dannelsen av helseforetak. Det er fortsatt sider ved denne ordningen som vi er meget tenkt over, men registrerer at enkelte politiske aktører innordner seg foretaksmodellen svært raskt. I denne budsjettinnstillingen er Kristelig Folkeparti med på en lovprisning av foretaksordningen, noe som står i sterk kontrast til det Kristelig Folkepartis daværende fraksjonsleder og helsepolitiske talsmann sa og framførte av argumenter for bare seks måneder siden.

Men ting forandrer seg fort, og det er også interessant å merke seg nå at helseforetakenes fødselshjelpere, Fremskrittspartiet, er de som ved siden av SV er mest bekymret i dag. I dag har vi faktisk en felles bekymring for hvordan statssykehusenes framtid og rammevilkår vil bli innenfor foretaksmodellen. Hvordan det vil gå med forskning og utdanning innenfor f.eks. spisskompetansen, var faktisk av de bekymringer vi i Senterpartiet framførte ved behandling av sykehusreformen i vår.

Vi er fortsatt opptatt av lokalsykehusenes framtid og akuttberedskapen innenfor helseforetakenes ansvarsområde. I denne budsjettinnstillingen presiserer vi også behovet for akuttmedisinsk beredskap i forbindelse med både en godt utbygd og desentralisert ambulansetjeneste og legevaktordning, og vi mener at dette må sikres gjennom samarbeid og med statlig tilførte ressurser.

Når det gjelder økonomien til sykehusdrift og helsebehandling, mener vi at den er for knapp. Derfor har vi i Senterpartiet foreslått en økning og styrking av denne budsjettposten med 240 mill. kr, pluss at vi ønsker å bru-

ke den såkalte utenlandsmilliarden, som det fortsatt er mye penger igjen av, også innenlands. Erfaringene med bruken av disse pengene burde tilsi at flere hadde støttet SV og vårt forslag nå i dag. Den store spriken i informasjon om hvordan utenlandsmilliarden har blitt brukt, og hva den har ført til, er også en betenkelighet fra undertegnede side. Tallene vi fikk fra Stoltenberg-regjeringen, er senere sterkt korrigert og justert i forhold til hvor mange som har hatt nytte av disse pengene.

Så litt om assistert befruktning og forslaget fra Senterpartiet der. Det har i dag blitt sagt at vi ikke følger opp denne saken, men det gjør vi faktisk. Vi ber om at de som har startet behandling mot ufrivillig barnløshet før 1. desember i år, skal få gjennomført behandlingen med den finansieringsordning som vi har i dag, slik at vi ikke slår hånden av dem som allerede har startet. Så synes jeg kanskje at vi må komme tilbake til den saken senere.

Til slutt: Vi støtter og stemmer for Arbeiderpartiets forslag nr. 6.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg vil bare understreke at når det gjelder Dokument nr. 8:22, om sykebehandling i utlandet som på gitte vilkår kan utføres i Norge, så fremmer vi det forslaget som vi står sammen med Senterpartiet om. Det synes jo etter hvert mer og mer meningsløst at vi skal sende folk til utlandet når vi ser at det er alternative behandlingstilbud ved en rekke norske sykehus, og at det kunne vært utført like godt og langt rimeligere her. Det burde vi fått flertallet med på. De erfaringene det har gitt oss, bør nå muliggjøre anbudsrunder ved norske sykehus, sånn at de kan konkurrere på like vilkår når det gjelder de behandlingene. Man kan ellers alternativt tenke seg at utenlandske sykehus begynner å eksportere til oss, for at de ikke skal påvirke sin innenlandsøkonomi, og det ville jo synliggjøre meningsløsheten i den ordningen som eksisterer.

Ellers vil jeg understreke at vi i SV er glad for at vi har fått flertallet med på at Regjeringen skal se på registreringen av sykefravær i svangerskapet, og se på om fravær som direkte skyldes svangerskapet, kan registreres på andre måter enn som sykefravær. Det er relativt stigmatiserende for kvinner at det blir så store forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder sykefravær. Til dels kan det skyldes nettopp registreringen av fravær under svangerskapet som sykdom, som jo ofte er normale konsekvenser av svangerskapet, men som ikke muliggjør at man er i arbeid.

Så til det med in vitro-fertilisering, eller assistert befruktning. Jeg må si at det er noe til retrett Arbeiderpartiet gjør i denne saken. Det er altså Stoltenberg-regjeringen som har foreslått fulle egenandeler. For så vidt er jo ikke det så oppsiktsvekkende når man ser på innstillingen fra Lønning II-utvalget. Sosialkomiteen behandlet dette i fjor, og et flertall i komiteen, alle partier bortsett fra Fremskrittspartiet, sluttet seg til Lønning II-utvalgets vurdering, der det er nevnt at på in vitro-fertilisering skal det være egenandeler. Det skal være lavt prioritert. Så blir det selvfølgelig tungt når man skal sette det ut i livet, men man jo klare å stå rakrygget for det man har ment på

et tidligere tidspunkt. Det som er paradoksalt her, er at også SV er enig i at man ikke skal innføre fulle egenandeler på den tjenesten, sånn at Arbeiderpartiet nå faktisk står med større egenandeler enn vi i SV gjør. Vi vil likevel forsvare intensjonen fra arbeiderpartiregjeringen ut fra det vi har vært med på før, bl.a. i Lønning II-utvalget. Og når Arbeiderpartiet kommer med så pass store utfall i forhold til de egenandelene, så burde de først og fremst ta det i lukkede rom. Dette finner jo sted nettopp fordi deres egen regjering har tatt initiativ til det.

Det man kanskje burde vært mer opptatt av, var egenandeler på sterilisering, for man kan godt tenke seg at det gir sosiale konsekvenser med hensyn til hvem som har råd til å betale for steriliseringen, og det er betenkelig. Men en egenandel på in vitro-fertilisering som vi foreslår, på 24 000 kr for tre forsøk, bør folk kunne ha råd til, på linje med at man må betale for adopsjon.

Magnhild Meltveit Kleppa (Sp): Dokument nr. 8:2, som omhandler strakstiltak mot fattigdom, er ein del av budsjettdebatten i dag, difor følgjande kommentarar frå mi side:

Bondevik I-regjeringa la fram utjamningsmeldinga, ei melding med fem strategiar for utjamning. Meldinga, som skifta arbeidstittel tre gonger undervegs – frå forskjellar via levekår til utjamning – låg i Stortinget nesten eitt år. Verken Arbeidarpartiet, Høgre eller Framstegspartiet hadde særleg hast med å få meldinga vedtatt. Det skjedde etter at Arbeidarpartiet hadde tatt over regjeringmakta. Dei tok seg sjeldan god tid i høve til oppfølging av dei mange forslaga som låg i meldinga. Temperaturen i valkampen vart høg når det gjaldt tiltak mot fattigdom. Viljeserklæringane var mange. Det er trist for dei som slit med å få økonomien til å gå rundt, at vi på dette tidspunktet ikkje har kome lenger. Det er trist at Arbeidarpartiet ikkje kom med fleire tiltak i sitt forslag til budsjett, men det lovar likevel godt at dei no erkjenner forsømmingane sine og kjem tilbake i samband med revidert nasjonalbudsjett.

Senterpartiet fann det nødvendig å fremma seks strakstiltak for å motverka ein aukande fattigdom i Noreg. Vi er nøgde med at vi no kan kvittera ut følgjande: Regjeringa må syta for at bruk av hospits til barnefamiliar opphøyrer. Grunnskulen skal vera gratis, og opplæringslova skal endrast slik det blir ein realitet. Kontantstøtta skal tilråast inn i grunnlaget for utrekning av sosialhjelp. Dei 70 mill. kr, som dette kostar, skal nyttast til oppjustering av barnetillegget i sosialstøtta. Sosialhjelpsnormene skal prisjusterast og elles evaluerast. Gratis barnehage og SFO til langtids sosialhjelpsklientar skal, slik eg forstår debatten i dag, vurderast.

Senterpartiet seier seg lei for at Stortinget ikkje er klar til å gå lenger. Vi meiner barnetrygda skal koma barnet til gode òg i fattige familiar. Når barnetrygda etter Justisdepartementets vurdering ikkje kan krevjast inn for å dekkja skattegjeld for ein familie, så bør ho heller ikkje kunna nyttast til livsopphald for foreldra.

Vi føreslår at satsane til SIFO blir nytta som rettleiande for stønad til livsopphald. Vi er ueinige i at 60 000 kr

pr. år til livsopphald for ein vaksen person i dag blir framstilt som altfor raust.

Høgre og Kristeleg Folkeparti seier i ein merknad i Innst. S. nr. 47 at «man i større grad må fokusere på andre levekårforhold enn bare inntekt». Det har dei vist i sitt eige budsjettforslag. Dei er meir opptatt av skattelette og dermed høgare disponibel inntekt til dei som frå før har mest, enn å sikra eit inntektsgrunnlag som gir det daglege brød til dei som har minst. Frå før hadde Arbeiderpartiet delt ut 3,5 milliardar kr i skattelette. Bondevik II har følgt opp med ytterlegare milliardbeløp.

Åse Gunhild Woie Duesund (KrF): Et av de vanskeligste spørsmålene under budsjettbehandlingen har vært å innføre egenandel på assistert befruktning. Dette forslaget ble i utgangspunktet foreslått av regjeringen Stoltenberg. Det har lenge vært enighet om at behandling av ufrivillig barnløshet tilhører én av de lavere prioriterte oppgaver i norsk helsetjeneste. Forslaget fra Arbeiderpartiet kom brått på og uten høring på forhånd. Etter mye press snudde Arbeiderpartiet under behandlingen av finansinnstillingen og bevilget 65 mill. kr, slik at egenandelene kunne settes til 30 pst. av det opprinnelige forslag. Men så har Arbeiderpartiet snudd igjen, tilbake til sitt opprinnelige forslag. Under rammene som sosialkomiteen har arbeidet under, har ikke Arbeiderpartiet budsjettet med en krone til denne behandlingen. Sett i lys av dette, er det underlig at representanten Asmund Kristoffersen, som ellers er en rettskaffen mann, og likedan representanten Britt Hildeng, later som om disse pengene er bevilget, og at egenbetalingen for ufrivillig barnløse ikke blir så stor. I sine generelle kommentarer sier Arbeiderpartiet at man «finner imidlertid ikke å kunne foreta en forsvarlig omprioritering innen vedtatt budsjettramme». Det ser ut til at Arbeiderpartiet dekker alle sine påplussinger med kutt i sykehusbevilgningene. Dette blir inkonsekvent. Men jeg regner med som selvsagt at et seriøst parti som Arbeiderpartiet vil forholde seg til de rammer som Stortinget har vedtatt for sosialkomiteen, og her har ikke Arbeiderpartiet prioritert lavere egenandel for assistert befruktning.

John I. Alvheim (FrP): Jeg har en kort kommentar til dette med assistert befruktning. Jeg skjønner ikke at Arbeiderpartiet i det hele tatt tør ta opp denne saken fra denne talerstol, for det er Arbeiderpartiet som har foreslått dette. Jeg tror ikke at dette forslaget hadde kommet fra den sittende regjeringens finansminister.

Debatten så langt har gjennomgående vært opptatt av bekjempelse av fattigdom i Norge, og det er bra. Man kan konstatere at de fattige har vi alltid hatt iblant oss, og så stille et betimelig spørsmål om hvorfor man ikke har gjort noe tidligere fra ulike regjeringer. Jeg ble veldig begeistret og opptatt av sosialministerens fremstilling om hvordan denne regjeringen nå mer skal målrette kampen mot fattigdom – ikke mot grupper, men mot enkeltmennesket. Der ligger hele nøkkelen til sosialpolitikken, at vi etter hvert blir bedre i stand til å se enkeltmennesket bak problemene, og ikke grupper av mennesker hvor for-

skjellene kan være store både i forhold til økonomi og andre ting. Dette er lovende. Men jeg tror at hvis vi i praksis skal få dette til, må vi gå inn på det flertallsforslaget som ligger i innstillingen. Vi må få en sammenslåing – fysisk – av de etatene som har med dette å gjøre, nemlig Aetat, trygdekontor og sosialkontor, slik at de hjelpetregende har ett sted å henvende seg. Så slipper man å brette ut sitt privatliv for tre ulike instanser, og være like klok når man er ferdig med den tredje instansen, om hvorvidt man får hjelp der eller et annet sted.

Så vil jeg helt til slutt bare presisere det romertallsforslaget som ligger i innstillingen og som går på Kreftregisteret. Det var nødvendig å lage enda et forslag for å få på plass det som var Stortingets intensjon da vi trakk ut Kreftregisteret. Kreftregisteret skal være en selvstendig, frittstående institusjon med et eget styre, og i det legger jeg at det skal oppnevnes et eksternt styre for Kreftregisteret uavhengig av Radiumhospitalet. Jeg håper at det er den forståelse som flertallet i komiteen også har lagt til grunn for dette forslaget.

Bent Høie (H): Det er noen forhold som har dukket opp i debatten som det er nødvendig å avklare.

Først til representanten Ballo, som var opptatt av om Høyre ønsker en omkamp angående fastlegeordningen. Jeg synes jeg har gitt et rimelig klargjørende svar på det. Vi har akseptert det vedtaket som er gjort, men jeg er – i likhet med helseministeren – opptatt av at hvis det er negative konsekvenser av fastlegeordningen, må en underveis gripe fatt i dette slik at folk ikke blir rammet. Man har pekt på to viktige områder allerede, både vaktordningen og henvisningsordningen, som også var tema i en interpellasjonsdebatt reist av representanten Alvheim.

Så var det representanten Britt Hildeng som var opptatt av sykelønnsordningen. Hun lurte på om Regjeringen hadde en skjult dagsorden i forhold til denne. Da må vi lytte nøye, for her hører man på en ekspert i forhold til det å ha skjult dagsorden når det gjelder sykelønnsordningen. Det fikk vi klart avdekket i valgkampen. Til det er det å si at vi står fullt og helt bak den intensjonsavtalen som er inngått. Jeg er litt forundret over at Arbeiderpartiet, som har vært så opptatt av denne saken, bruker tid på å prøve å så tvil om regjeringens partiene står bak en intensjonsavtale som vi gang på gang bekrefter at vi står bak. Jeg synes heller at her bør en samle seg og forsøke å jobbe sammen for å få de resultatene som en ønsker.

Så hadde Magnhild Meltveit Kleppa et innlegg i forhold til fattigdom. Jeg synes at det innlegget illustrerte på en god måte at debatten har beveget seg i en god retning siden Magnhild Meltveit Kleppa var sosialminister og jobbet med utjammingsmeldingen.

Nå er en konkret opptatt av forslag som kan løse fattigdomsproblemene, og mindre fokusert på Forskjells-Norge. For debatten om Forskjells-Norge munnet stort sett ut i en slags misunnelsesdebatt der en diskuterte utbytteskatten og pengeforbruket blant de rikeste, mens de fattige ble taperne.

Så gjenstår det også å få et klart svar fra Arbeiderpartiet. Er det i bevilgningene til sykehusene de kutter i

overkant av 200 mill. kr for å dekke inn sine påplussingsforslag?

Karin Andersen (SV): Det siste innlegget illustrerer vel – til tross for den tilsynelatende enigheten nå om å bekjempe fattigdom – den milevide forskjellen som er mellom høyresida og venstresida i norsk politikk når det gjelder dette spørsmålet. For i det som høyresida snakker om som en misunnelsesdebatt når vi diskuterer rettferdig fordeling, og at vi må skape et samfunn der færre blir fattige, så har de systematisk kjørt en kamp hele tida, de har hver gang det har vært fremmet forslag til beste for de fattigste, kjørt akkurat på de samme misunnelsesargumentene overfor dem. Skal nå fattigfolk få en femtilapp for mye – tenk om de surrer den bort på noe tull? Sånn har debatten gått hele tida. Vi er nødt til å bevege oss bort fra dette.

Debatten om fattigdom går ikke på om noen skal behandles som en gruppe eller noen skal behandles som et individ. Vi på venstresida og i Sosialistisk Venstreparti mener også at alle skal behandles som et individ, men vi er opptatt av at vi skal ha et samfunn som ikke skaper fattigdom og gjør deg fattig, sjøl om man lever på trygd eller har en lav lønn. Hvis man har en bolig som man har råd til å bo i, uten å måtte gå på et eller annet kontor, eller to eller tre kontorer for å be om støtte hist og her, og man greier å betale husleia – ok, så føler man seg ikke fattig. Men hvis vi har et system der alle husleiene er så høye at nesten alle som går på trygd, og alle som har en lav lønn, er nødt til å få bostøtte eller sosialhjelp for å greie det, ja vel, da vil veldig mange føle seg fattig og klientifisert.

Hvis vi har skoler, fritidsordninger og kulturtilbud som man kan bruke gratis, så er man ikke utestengt, og man føler seg heller ikke fattig. Hvis man kan gå på en jobb, sjøl om man er mye sjuk, så føler man at man har bedre livskvalitet, man har bedre råd og man føler seg ikke så fattig. Det er forskjellen på høyresida og SV. Vi ønsker å bruke pengene slik at vi kan bygge opp et samfunn der færre blir utestengt og er fattige – en trygg og god offentlig sektor som gjør det mulig.

Og så til slutt til sjukelønna. Jeg hørte også Høies innlegg der han sier at Regjeringen og Høyre og de øvrige partiene bak Regjeringen nå stiller seg fullt og helt bak sjukelønnsordninga. Da må altså denne regjeringen slå i bordet overfor NHO, som nå går ut i avis etter avis – i går fikk jeg en bok fra dem – og systematisk sår tvil om den avtalen de har vært med på å undertegne sjøl. Det må det altså bli slutt på. Avtalepartene må stå fast ved den, og da er ikke tida inne til ved hver eneste anledning å si at egentlig mener vi ikke dette, egentlig mente vi det vi mente før vi skrev under avtalen, men vi får nå bare se hvordan det går. Det er altså helt nødvendig for at vi ikke alle sammen nå skal tro at Høyre og Regjeringen lar NHO gå foran seg (presidenten klubber), og når første anledning kommer, vil de bruke Fremskrittspartiet her i salen til å ødelegge sjukelønnsordninga.

President – jeg skulle bare få gi en liten stemmeforklaring.

Presidenten: Det skal representanten få lov til å gjøre, men presidenten ville sette pris på om man respekterte talletiden. Representanten har hatt 3 minutter å forberede den stemmeforklaringen på. – Men, vær så god.

Karin Andersen (SV): Jeg vil bare si fra om at SV kommer til å støtte forslag nr. 7, fra Senterpartiet, i sak nr. 2, og at vi ønsker å støtte forslag nr. 8, subsidiært når vårt eget har falt.

Harald T. Nesvik (FrP): Det er interessant å høre representanten Karin Andersen stå og belære alle andre parti fra denne talerstolen. Hun avsluttet sitt innlegg med å si at regjeringspartiene, eller Høyre, vil gå til Fremskrittspartiet for å endre sykelønnsordningen – hvor har representanten Andersen det fra? Vi må prøve å være lite grann etterrettelig når vi står på denne talerstolen.

Det som fikk meg til å ta ordet nå, var et innlegg som representanten Aarøen holdt. Jeg tror jeg må be om at en av representantene for Regjeringen som er til stede her, avklarer et par ting. Representanten Aarøen snakket riktig nok om Kristelig Folkeparti i sitt innlegg, men i og med at statsministeren i denne regjeringen kommer fra Kristelig Folkeparti og helseministeren kommer fra Kristelig Folkeparti, så må jeg stille noen spørsmål.

Når det gjelder tannlegeutdanning i Tromsø, så sier representanten Aarøen fra denne talerstol at Kristelig Folkeparti vil ha den permanent til Tromsø. Så sier representanten Aarøen videre at man ikke ønsker flere vinmonopolutsalg i denne perioden. Vi har nettopp gått inn i en ny stortingsperiode. Jeg synes det er litt viktig å få avklart fra regjeringshold visse ting her. Hvordan skal vi forholde oss til dette? Er det dette som er Regjeringens syn, eller er det Kristelig Folkepartis syn bare så lenge de er i opposisjon i denne salen, og at de har et annet syn når de sitter i regjeringskontorene? Det kan være litt interessant å få svar på akkurat disse spørsmålene.

Presidenten: Presidenten gjør oppmerksom på at Stortingets møte går foran alt. Så eventuelle gruppemøter o.l. må utsettes til vi blir ferdige.

Asmund Kristoffersen (A): Vi har gjennom finansinnstillingen klargjort hvilke prioriteringer og tiltak vi går inn for.

Når det gjelder rammeområde 15 og det konkrete spørsmålet fra representanten Høie som gjaldt sykehuse- ne, er det riktig at vi har bevilget ca. 200 mill. kr mindre til sykehusene og spesialisthelsetjenesten i sin helhet. Det er 200 mill. kr mindre sett i forhold til et beløp på ca. 42 milliarder kr. I min helseregion vil det – med grov ho- deregning og med alle forbehold – kanskje bety 20 mill. kr mindre til spesialisthelsetjenesten. Det er tallet. Vi mener det kan være forsvarlig, fordi Stoltenberg-regje- ringen fremmet forslag om en ganske solid økning på området for spesialisthelsetjenesten.

Innenfor de millioner kroner som vi da ikke bruker på sykehus, har vi valgt å styrke det rusforebyggende arbei- det vesentlig. Vi mener at det er svært viktig, og det kan

kanskje også bidra til mindre bruk av helsetjenester. Slik sett er det en sammenheng i dette.

Når det gjelder sterilisering, har vi gjennom finansinnstillingen foreslått null i egenandel. Og når det gjelder kunstig befruktning og Lønning II-utredningen, vet sannsynligvis både representanten Ballo og andre at det der dreier seg om et grovmasket system som krever ytterligere utredning og vurdering før man kan si at det er operativt. Derfor går det ikke an å slå opp i Lønning II-utredningen – det har jeg gjort – og finne svaret på hva Lønning II-utvalget foreslår i egenandel på kunstig befruktning. Jeg tror det er viktig at vi tar det innover oss, ellers vil vi på en måte komme i et slags misbrukforhold til denne utredningen.

Arbeiderpartiets stortingsgruppe har gjort det helt klart at det ikke skal være full egenbetaling på kunstig befruktning. Det har vi gått inn for i innstillingen. Og innretningen på finansieringen er – så vidt jeg vet – den samme som SV hadde, dvs. ca. 64 mill. kr knyttet til den medikamentelle siden av denne behandlingen.

Magnhild Meltveit Kleppa (Sp): Eg synest det er viktig å presisera overfor Høgres sosialpolitiske talsmann at det er heilt andre grunnleggjande haldningar enn misunnning i Senterpartiets engasjement for utjamning i dette samfunnet. Vi meiner det har stor eigenverdi for alle i Noreg, anten ein er fattig eller rik, at ein til no har lagt vekt på eit samfunn der den enkelte har likeverdige moglegheiter, der ein har små forskjellar og dermed felles verdiar, felles møteplassar og felles tilbod anten det gjeld skule, omsorg eller andre tenester. Vi trur at det motverkar den sosiale uroa som ein ser i mange andre samfunn.

Eit meir rettferdig skattesystem gir moglegheiter til å trekkja inn frå nokre av dei som har mest, og som omtrent ikkje merkar at dei betalar noko meir skatt. Det gir då moglegheiter til å gi dei som har minst, eit betre grunnlag i høve til kvardagen deira.

Så tilbake til den merknaden frå Høgre og Kristeleg Folkeparti der ein seier at ein «i større grad må fokusere på andre levekårsforhold enn bare inntekt». Lat meg understreka at dette handlar om både – og. Det handlar om å fokusera på ei mjukare arbeidslinje, på betre offentlege tenester, på ein meir sosial bustadpolitikk, på eit meir rettferdig skattesystem, som allereie er nemnt, og på eit meir finmaska sosialt sikkerheitsnett. Frå Senterpartiets side snakkar vi ikkje om anten – eller. Vi snakkar om både – og. Og vi finn grunn til å minna om alle dei fem strategiane i utjanningsmeldinga når vi ser at fokuset no held på å bli flytta av dei som i dag sit i regjering.

Sosialministeren har i dag varsla ein tiltaksplan for å motverka fattigdom. Det synest eg er spennande, og eg vil stilla meg konstruktiv til det. Eg vil gi ho moglegheit til å seia kva tidsperspektiv ho arbeider etter.

Statsråden har òg varsla ein handlingsplan i høve til rusfeltet. Sentrumsregjeringa varsla ei slik sak for Stortinget våren 2002. Den saka har enno ikkje kome. Det er eit arbeid som det hastar svært med å få fram for Stortinget, og eg er interessert i få greie på kva tidsplan sosial-

ministeren har i høve til dette uvurderleg viktige arbeidet.

Presidenten: Ola D. Gløtvold har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til 1 minutt.

Ola D. Gløtvold (Sp): Jeg vil kort bare si noe om den sentrale sosial- og helseforvaltningen og de diskusjonene som har vært om dette den siste tiden.

Å skille forskningen fra et forvaltningsorgan mener vi er svært viktig. Flere av oss har hatt kontakt med folk som nå er spente på hvordan arbeidsplassen og vilkårene for deres forskning og virksomhet vil bli. Det er viktig at det legges til rette for rammevilkår som gjør at denne forskningen blir fri og uavhengig og har legitimitet. Mitt bidrag – i hvert fall i denne sammenhengen – er at forskningsvirksomheten, som skal drive utøvende og aktiv forskning, blir skilt fra direktoratet fra første dag og lagt til en ugild forskningsinstitusjon eller base som gir denne forskningen legitimitet. Det vil ikke skje ved en sammenblanding med og organisering i et forvaltningsorgan.

Så bare én setning til slutt til den såkalte fattigdomsdebatten – adressert til representanten Bent Høie. Rettferdig fordeling er ikke misunnelse, men solidaritet.

Statsråd Dagfinn Høybråten: La meg på tampen av denne debatten komme med noen kommentarer til spørsmål som har vært reist fra ulike representanters side.

Flere representanter har vært inne på investerings spørsmål innenfor sykehussektoren. Jeg vil der følge opp det Stoltenberg-regjeringen la opp til, nemlig å foreta en gjennomgang av de samlede planer og aktiviteter på investeringssiden i sykehusene som nå foreligger. Det er en meget stor sum av ønsker og planer som fylkeskommunene har arbeidet med, og som noen av dem har arbeidet særlig intenst med i den senere tid. Som Stoltenberg-regjeringen la opp til, kommer vi i revidert nasjonalbudsjett tilbake med en gjennomgang og en prioritering i forhold til dette. Det er helt nødvendig. Det er store saker det dreier seg om.

Når det gjelder fastlegeordningen, er jeg også der, som i forhold til sykehusreformen, opptatt av å gjennomføre det Stortinget har vedtatt. Og vi skal gjøre det med det for øyet at eventuelle uheldige utslag skal justeres under marsjen. Praktiseringen av henvisningsordningen, slik den har fungert etter innføring av fastlegeordningen, er et eksempel på noe som bør justeres, og jeg har en dialog med Den norske lægeförening om hvordan det kan skje. Vi har også bedt Helsetilsynet og fylkeslegene følge opp alle utslag av uklarhet rundt de forpliktelser som fastlegene og kommunene har, som en del av sitt tilsyn.

Når det gjelder Kreftregisteret, bekrefter jeg at jeg vil følge opp det flertallsvedtak som ser ut til å komme her i dag, om en plassering som en egen institusjon i foretaket Radiumhospitalet, med et eget styre, der jeg synes det er naturlig at det er eksternt representasjon.

Når det gjelder spørsmålet om refusjon for legemiddelet Remicade, føler jeg det nødvendig å gjøre oppmerksom på at det forslaget som ser ut til å få flertall her i dag,

vil kreve en lovendring, og jeg må derfor komme tilbake til Stortinget med det spørsmålet før en slik refusjon kan iverksettes. Det akter jeg å gjøre.

Statsråd Ingjerd Schou: Stikkord og overskrift er intensjonsavtalen. Både representanten Andersen og representanten Hildeng var opptatt av både avtalen og sykepengeprosenten. Regjeringen er opptatt av intensjonsavtalen. Og utgangspunktet – bare for å presisere det – er at en avtale er en avtale.

Regjeringens agenda er følgende: å redusere sykefraværet med minst 20 pst. i avtaleperioden, med virkning fra 3. oktober i år til 31. desember 2005. Det er å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonshemming enn i dag, og måltallet skal fastsettes etter nærmere drøftinger, og det er å øke den reelle pensjonsalderen. Dette har partene forpliktet seg til, og partene står ved intensjonsavtalen. Vi legger fullt trykk på å få den gjennomført, og på at det skal være i henhold til det som er målsettingen med avtalen.

I tillegg tror jeg også at jeg bare skal kvittere ut i forhold til tiltaksplanen mot rusmiddelmissbruk, og tilsvarende i forhold til fattigdom, med å si at det arbeider vi med, begge to, og at vi kommer tilbake så raskt som mulig i 2002.

Presidenten: Olav Gunnar Ballo har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til ett minutt.

Olav Gunnar Ballo (SV): Jeg har en kort merknad til det siste innlegget Asmund Kristoffersen holdt.

Jeg oppfattet representanten Kristoffersen dit hen at han sa at det ikke gikk an å slå opp i Lønning II-utvalgets innstilling om prioriteringer – det hadde han da gjort. Nå har også jeg slått opp i det dokumentet som det ikke går an å slå opp i. Der er in vitro fertilisering nevnt. Men det som er mer oppsiktsvekkende, er at Arbeiderpartiet, mens de satt i regjeringsposisjon, så sent som den 13. mars i år uttalte – og vi var også med og uttalte det – at de var enige i og sluttet seg til dette grunnlaget for prioriteringer. Selvfølgelig er ikke dette noen lærebok i prioriteringer, men når man i regjeringsposisjon sier at man slutter seg til de prioriteringer som her er skissert, er det bemerkelsesverdig at man så få måneder etterpå kan inn- ta en opposisjonsrolle som om man er helt ukjent med både sin egen regjeringens vurderinger og de betraktninger man selv har vært med på så sent som i mars samme år.

Det er helt tydelig at vi er mer trent i denne opposisjonsrollen. Vi skal nok være med og ta ansvar den dagen vi kommer i posisjon, men da må vi ha en linje i den politikken vi fører.

Presidenten: Asmund Kristoffersen har hatt ordet to ganger og får ordet til en kort merknad, begrenset til ett minutt.

Asmund Kristoffersen (A): Jeg har ikke akkurat for vane å ta ordet til replikk på SV i saker som vi i all hovedsak er enige om.

Jeg blir bare litt oppgitt. Lønning II-utvalgets innstilling har vi faktisk ikke behandlet i Stortinget som noe dokument. Det er ikke fremmet av noen regjering. Dermed har ikke Stortinget tatt stilling til de anbefalingene som ligger der. Det er det første.

Det andre, som jeg virkelig står fast på, er – uten at jeg har lest Lønning II-utvalgets innstilling fra perm til perm, i hvert fall ikke i det siste – at det inntrykket som jeg har dannet meg etter å ha lest det jeg har lest i Lønning II, og i Lønning I også for den saks skyld, er at det på mange områder kreves et ytterligere utredningsarbeid før statsråden kan fremme forslag om konkrete tiltak knyttet til egenandeler. Det er mitt inntrykk.

Presidenten: Flere har ikke bedt om ordet til sakene nr. 1, 2 og 3.

(Votering, se nedenfor)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Da kan vi gå til votering.

Votering i sak nr. 1

Presidenten: Under debatten er det satt fram 30 forslag. Det er

- forslagene nr. 1, 2 og 19–21, fra Bjarne Håkon Hansen, på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslag nr. 3, fra John I. Alvheim, på vegne av Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 4–6, fra Bjarne Håkon Hanssen, på vegne av Arbeiderpartiet
- forslagene nr. 7–13 og 25, fra Olav Gunnar Ballo, på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 14–16, 26 og 27, fra John I. Alvheim, på vegne av Fremskrittspartiet
- forslagene nr. 17 og 28, fra Olav Gunnar Ballo, på vegne av Sosialistisk Venstreparti
- forslagene nr. 18, 29 og 30, fra Ola D. Gløtvold, på vegne av Senterpartiet
- forslagene nr. 22–24, fra Bent Høie, på vegne av Høyre og Kristelig Folkeparti

Presidenten kommer til å legge opp voteringen slik at det først votes over mindretallsforslagene under rammeområde 15, deretter over mindretallsforslagene under rammeområde 16. Så tar vi for oss innstillingens forslag til vedtak for rammeområde 15 og deretter rammeområde 16.

Presidenten vil før vi starter voteringen, ta for seg forslagene nr. 23 og 24 fra Høyre og Kristelig Folkeparti, som under debatten er omgjort til oversendelsesforslag.

Teksten i forslag nr. 23 får da følgende ordlyd:

«Det henstilles til Regjeringen å foreta en gjennomgang av det samlede stønadssystemet for legemidler med sikte på en forenkling. I forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2002 foretas det en vurdering av opptak av nye legemidler på blå resept, herunder Aricept.»

Teksten i forslag nr. 24 blir endret til:

«Det henstilles til Regjeringen i Revidert nasjonalbudsjett for 2002 å komme tilbake til en vurdering av grensetilfeller mellom sykehusprodukter og blåreseptpreparater, herunder Remicade, med sikte på mest mulig hensiktsmessige finansieringsløsninger.»

Presidenten foreslår at forslagene oversendes Regjeringen uten realitetsvotering. – Det anses vedtatt.

Vi går så til votering og starter med forslag nr. 18, fra Senterpartiet. Forslaget lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2002 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
600		Sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter	71 600 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 700 000	
612		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 3612)		
	1	Driftsutgifter	23 100 000	
614		Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	29 700 000	
	50	Norges forskningsråd	7 200 000	
	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	129 500 000	
	70	Tilskudd	75 350 000	
	71	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	59 950 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	279 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	683 000 000	
670		Tiltak for eldre		
	61	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	40 800 000	
	70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	7 900 000	
	72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 800 000	
673		Tiltak for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	11 500 000	
	60	Tilskudd til driftsomlegging	32 000 000	
	61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	890 400 000	
	62	Tilskudd til utskrivning av unge funksjonshemmede, <i>kan overføres</i>	31 800 000	
	65	Prøveløslatelse, <i>kan overføres</i>	87 500 000	
	71	Tilskudd til Landsbystiftelsen	52 900 000	
	72	Tiltak for døvblinde	44 500 000	
	73	Tilskudd til likemannsarbeid	13 200 000	
	75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	92 900 000	
674		Handlingsplan for funksjonshemmede		
	60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	50 600 000	
675		Tiltak for eldre og funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	13 300 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	46 600 000	
	50	Norges forskningsråd	29 400 000	
	70	Tilskudd til spesielle formål	17 400 000	
	71	Tilskudd til frivillighetsentraler	60 750 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
676		Kompetansesentra for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	6 700 000	
	21	Nasjonalt kompetansenettverk for autisme	16 100 000	
	70	Kompetansesentra m.m.	49 100 000	
700		Helsedepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	111 300 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 900 000	
701		Forsknings- og forsøksvirksomhet		
	21	Spesielle driftsutgifter	119 600 000	
	50	Norges forskningsråd	32 700 000	
702		Nemnd for bioteknologi		
	1	Driftsutgifter	5 970 000	
703		Helsetjenesten for innsatte i fengsel		
	60	Tilskudd til kommuner	67 200 000	
705		Kursvirksomhet og stipendier		
	60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	34 800 000	
	61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.m.	110 300 000	
	71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	12 400 000	
	73	Bedriftsinterne videreutdanninger	20 300 000	
706		Sosial- og helsedirektoratet		
	1	Driftsutgifter	198 330 000	
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	1	Driftsutgifter	254 200 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	116 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 200 000	
708		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3708)		
	1	Driftsutgifter	240 500 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	500 000	
711		Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)		
	1	Driftsutgifter	51 100 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	8 100 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	49 500 000	
	21	Oppdragsutgifter	31 000 000	
716		Kreftregisteret (jf. kap. 3716)		
	70	Tilskudd	33 800 000	
718		Rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter	22 350 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmisbrukere	175 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	1	Driftsutgifter	300 000	
	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	38 250 000	
	50	Norges forskningsråd	29 600 000	
	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	26 600 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap mv.	19 200 000	
	72	Stiftelsen AAN – Alternativ til abort i Norge	12 100 000	
730		Statlig helsetjeneste		
	70	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	13 250 000 000	
	71	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 456 000 000	
	72	Tilskudd til regionsykehus	1 985 000 000	
732		Regionale helseforetak		
	21	IT og elektronisk samhandling m.m.	106 000 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres</i>	29 040 000 000	
739		Andre utgifter		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 75</i>	202 000 000	
	50	Norges forskningsråd	37 400 000	
	61	Tilskudd til driftsavtaler	36 000 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	65 400 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 700 000	
	72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	372 300 000	
	74	Reiseutgifter, turnuskandidater	9 100 000	
	75	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	347 200 000	
	76	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	445 600 000	
	77	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	40 400 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	22 000 000	
	70	Tilskudd	3 900 000	
743		Statlige stimuleringsstiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter	25 300 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	1 062 000 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	236 800 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	71 900 000	
	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	21 700 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 028 800 000	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	158 600 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	30 000 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	107 200 000	
	45	Større utstyrskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
751	70	Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577) Tilskudd til apotek	81 800 000	
797	1	Helse- og sosialberedskap Driftsutgifter	12 300 000	
		Totale utgifter		<u>57 058 650 000</u>
I n n t e k t e r				
3600	2	Sosialdepartementet (jf. kap. 600) Salg av publikasjoner mv.	2 000	
3612	2	Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 612) Oppdragsinntekter	340 000	
3700	2	Helsedepartementet (jf. kap. 700) Gebyrinntekter mv.	3 000	
3706	2	Sosial- og helsedirektoratet Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	4	Gebyrinntekter	7 900 000	
3707	2	Nasjonalt folkehelseinstitutt Salgs- og leieinntekter	72 300 000	
3708	2	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 708) Gebyrinntekter mv.	10 300 000	
	70	Refusjon av kontrollavgift	800 000	
3711	3	Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 711) Diverse inntekter	800 000	
3715	2	Statens strålevern (jf. kap. 715) Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	5	Oppdragsinntekter	30 900 000	
3739	2	Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739) Egenandeler og refusjoner	10 300 000	
3750	2	Statens legemiddelverk (jf. kap. 750) Gebyrinntekter	1 000 000	
3751	3	Apotekvesenet (jf. kap. 751) Tilbakebetaling av lån	200 000	
		Totale inntekter.....		<u>137 645 000</u>

II

Merinntektsfullmakter

a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1	kap. 3600 post 2
kap. 612 post 1	kap. 3612 post 2

b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 706 post 1	kap. 3706 post 2
kap. 707 postene 1 og 21	kap. 3707 post 2
kap. 708 post 1	kap. 3708 postene 2, 3, 4 og 70
kap. 711 post 1	kap. 3711 post 3
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2, 3 og 5

III
Tilsagnsfullmakter

- a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
670		Tiltak for eldre	
	61	Tilskudd til omsorgstjenester	1,0 mill. kroner
673		Tiltak for funksjonshemmede	
	72	Tiltak for døvblinde	2,0 mill. kroner

- b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger med følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern	220,0 mill. kroner

IV
Bestillingsfullmakter

- Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	1	Driftsutgifter	4 mill. kroner
	21	Formidlingsvirksomhet	70 mill. kroner

V
Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

- Helsedepartementet får fullmakt til å beslutte hvilke formuesposisjoner som inngår i overføringene når Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Statens senter for epilepsi, Geilomo barnesykehus, Statens klinikk for narkomane, Longyearbyen sykehus og Voksentoppen senter for astma og allergi fra årsskiftet 2001-2002 overføres til de regionale helseforetakene. Beslutningene skal baseres på de samme kriteriene som er avgitt i helseforetaksloven § 53 punkt 6.

- Helsedepartementet i 2002 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en total låneramme på 1 000 mill. kroner.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Senterpartiet ble mot 6 stemmer ikke bifalt.

Presidenten: Forslag nr. 17, fra Sosialistisk Venstreparti, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2002 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
600		Sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter	71 600 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 700 000	
612		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 3612)		
	1	Driftsutgifter	23 100 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
614		Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddel misbrukere mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	29 700 000	
	50	Norges forskningsråd	7 200 000	
	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	163 000 000	
	70	Tilskudd	43 000 000	
	71	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	59 950 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	279 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	683 000 000	
670		Tiltak for eldre		
	61	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	40 800 000	
	70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	4 900 000	
	72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 800 000	
673		Tiltak for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	11 500 000	
	60	Tilskudd til driftsomlegging	32 000 000	
	61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	890 400 000	
	62	Tilskudd til utskrivning av unge funksjonshemmede, <i>kan overføres</i>	31 800 000	
	65	Prøveløslatelse, <i>kan overføres</i>	87 500 000	
	71	Tilskudd til Landsbystiftelsen	52 900 000	
	72	Tiltak for døvblinde	44 500 000	
	73	Tilskudd til likemannsarbeid	13 200 000	
	75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	92 900 000	
674		Handlingsplan for funksjonshemmede		
	60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	50 600 000	
675		Tiltak for eldre og funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	13 300 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	46 600 000	
	50	Norges forskningsråd	29 400 000	
	70	Tilskudd til spesielle formål	15 400 000	
	71	Tilskudd til frivillighetssentraler	58 450 000	
676		Kompetansesentra for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	6 700 000	
	21	Nasjonalt kompetansenettverk for autisme	16 100 000	
	70	Kompetansesentra m.m.	49 100 000	
700		Helsedepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	111 300 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 900 000	
701		Forsknings- og forsøksvirksomhet		
	21	Spesielle driftsutgifter	129 600 000	
	50	Norges forskningsråd	32 700 000	
702		Nemnd for bioteknologi		
	1	Driftsutgifter	5 970 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
703		Helsetjenesten for innsatte i fengsel		
	60	Tilskudd til kommuner	67 200 000	
705		Kursvirksomhet og stipendier		
	60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	134 800 000	
	61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.m.	110 300 000	
	71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	12 400 000	
	73	Bedriftsinterne videreutdanninger	20 300 000	
706		Sosial- og helsedirektoratet		
	1	Driftsutgifter	198 330 000	
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	1	Driftsutgifter	254 200 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	116 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 200 000	
708		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3708)		
	1	Driftsutgifter	250 500 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	500 000	
711		Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)		
	1	Driftsutgifter	47 100 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	8 100 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	49 500 000	
	21	Oppdragsutgifter	31 000 000	
716		Kreftregisteret (jf. kap. 3716)		
	70	Tilskudd	33 800 000	
718		Rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter	18 350 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere	175 000 000	
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	1	Driftsutgifter	300 000	
	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	45 600 000	
	50	Norges forskningsråd	29 600 000	
	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	26 600 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebygging av uønskede svangerskap mv.	23 200 000	
730		Statlig helsetjeneste		
	70	Innsattsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	11 934 300 000	
	71	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 731 000 000	
	72	Tilskudd til regionsykehus	2 200 000 000	
	73	Tilskudd sykestuer	100 000 000	
	74	Tilskudd miljøvennlige utstyrsinnkjøp sykehus	50 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
732		Regionale helseforetak		
	21	IT og elektronisk samhandling m.m.	136 000 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres</i>	29 459 700 000	
739		Andre utgifter		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 75</i>	202 000 000	
	50	Norges forskningsråd	37 400 000	
	61	Tilskudd til driftsavtaler	36 000 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	65 400 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 700 000	
	72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	372 300 000	
	74	Reiseutgifter, turnuskandidater	9 100 000	
	75	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	347 200 000	
	76	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	445 600 000	
	77	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	40 400 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	22 000 000	
	70	Tilskudd	3 900 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter	25 300 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	1 112 000 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i> ...	236 800 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	71 900 000	
	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	36 700 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 078 800 000	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	164 500 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	30 000 000	
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	107 200 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 000 000	
751		Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)		
	70	Tilskudd til apotek	81 800 000	
797		Helse- og sosialberedskap		
	1	Driftsutgifter	12 300 000	
		Totale utgifter		57 058 650 000
I n n t e k t e r				
3600		Sosialdepartementet (jf. kap. 600)		
	2	Salg av publikasjoner mv.	2 000	
3612		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 612)		
	2	Oppdragsinntekter	340 000	
3700		Helsedepartementet (jf. kap. 700)		
	2	Gebyrinntekter mv.	3 000	
3706		Sosial- og helsedirektoratet		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	4	Gebyrinntekter	7 900 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
3707	2	Nasjonalt folkehelseinstitutt Salgs- og leieinntekter	72 300 000	
3708	2	Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 708) Gebyrinntekter mv.	10 300 000	
	70	Refusjon av kontrollavgift	800 000	
3711	3	Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 711) Diverse inntekter	800 000	
3715	2	Statens strålevern (jf. kap. 715) Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	5	Oppdragsinntekter	30 900 000	
3739	2	Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739) Egenandeler og refusjoner	10 300 000	
3750	2	Statens legemiddelverk (jf. kap. 750) Gebyrinntekter	1 000 000	
3751	3	Apotekvesenet (jf. kap. 751) Tilbakebetaling av lån	200 000	
		Totale inntekter		137 645 000

II

Merinntektsfullmakter

a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1	kap. 3600 post 2
kap. 612 post 1	kap. 3612 post 2

b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 706 post 1	kap. 3706 post 2
kap. 707 postene 1 og 21 .	kap. 3707 post 2
kap. 708 post 1	kap. 3708 postene 2, 3, 4 og 70
kap. 711 post 1	kap. 3711 post 3
kap. 715 postene 1 og 21 .	kap. 3715 postene 2, 3 og 5

III

Tilsagnsfullmakter

a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at

samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
670		Tiltak for eldre	
	61	Tilskudd til omsorgstjenester	1,0 mill. kroner
673		Tiltak for funksjonshemmede	
	72	Tiltak for døvblinde	2,0 mill. kroner

b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger med følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern	220,0 mill. kroner

IV

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	1	Driftsutgifter	4 mill. kroner
	21	Formidlingsvirksomhet	70 mill. kroner

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

- Helsedepartementet får fullmakt til å beslutte hvilke formuesposisjoner som inngår i overføringene når Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Statens senter for epilepsi, Geilomo barnesykehus, Statens klinikk for narkomane, Longyearbyen sykehus og Voksentoppen senter for astma og allergi fra årsskiftet 2001-2002 overføres til de regionale helseforetakene. Beslutningene skal baseres på de samme kriteriene som er avgitt i helseforetaksloven § 53 punkt 6.
- Helsedepartementet i 2002 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en total låneramme på 1 000 mill. kroner.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti ble med 84 mot 14 stemmer ikke bifalt.
(Voteringsutskrift kl. 15.48.04)

Presidenten: Forslagene nr. 14–16, fra Fremskrittspartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 14 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at de odontologiske fakultetene i henholdsvis Oslo og Bergen fra høsten 2002 får anledning til å øke studentopptaket med 20 studenter ved fakultetet i Oslo og 10 studenter ved fakultetet i Bergen.»

Forslag nr. 15 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at de regionale helseforetakene sørger for kjøp av helsetjenester finansiert gjennom den innsatsbaserte finansiering også ved godkjente private sykehus og klinikker som i dag ikke har avtale med spesialisthelsetjenesten.»

Forslag nr. 16 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med en etablering av «Modum bad i nord» vurdere begge de forslag til lokalisering som foreligger på like vilkår. Forslag til endelig plassering fremmes i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2002.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 86 mot 16 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.48.30)

Presidenten: Forslagene nr. 7–13, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen se på de økonomiske følgene fastlegeordningen har for små utkantkommuner, med sikte på å sikre at disse kommunene ikke må betale mer for grunnleggende helsetjenester til sine innbyggere enn det andre kommuner må.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å ta initiativ til å sikre at videregående skoler i hele landet får en aktiv og kompetent skolehelsetjeneste som har ressurser til tverretattlig samarbeid, og medvirke til at merkostnadene for en utbygging av skolehelsetjenesten i videregående skole dekkes.»

Forslag nr. 9 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge frem en stortingsmelding om en nasjonal aktivitetsplan som tar på alvor sammenhengene mellom kosthold, fysisk aktivitet og helse.»

Forslag nr. 10 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å foreta en evaluering av konsekvensene av innføring av innsatsstyrt finansiering med hensyn på effektivitet, eventuelle behandlingsmessige vridningseffekter samt vurdering av samfunnskostnader, og legge saken fram for Stortinget på egnet måte.»

Forslag nr. 11 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen bidra til utbygging av MS-senteret i Hakadal, enten ved å gi anledning til å øke kurdagssatsene, eller ved å bidra til å dekke kapitalkostnadene ved utbyggingen.»

Forslag nr. 12 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen utrede hvilke konsekvenser en behandlingsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser vil ha i forhold til eksisterende lov-

givning, samt gi en vurdering av de organisatoriske og personellmessige sidene ved en slik ordning.»

Forslag nr. 13 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å legge fram for Stortinget forslag til nye avtaler om apotekdrift når avtalen med NMD opphører 1. mars 2004, eller dersom avtalen opphører av annen grunn tidligere enn dette.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 82 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.49.03)

Presidenten: Det voteres så over forslagene nr. 4 og 5, fra Arbeiderpartiet.

Forslag nr. 4 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2002 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
600		Sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter	71 600 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 700 000	
612		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 3612)		
	1	Driftsutgifter	23 100 000	
614		Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	29 700 000	
	50	Norges forskningsråd	7 200 000	
	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	179 500 000	
	70	Tilskudd	69 200 000	
	71	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	59 950 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	279 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	683 000 000	
670		Tiltak for eldre		
	61	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	50 800 000	
	70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	4 900 000	
	72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 800 000	
673		Tiltak for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	11 500 000	
	60	Tilskudd til driftsomlegging	32 000 000	
	61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	890 400 000	
	62	Tilskudd til utskriving av unge funksjonshemmede, <i>kan overføres</i>	50 800 000	
	65	Prøveløslatelse, <i>kan overføres</i>	87 500 000	
	71	Tilskudd til Landsbystiftelsen	52 900 000	
	72	Tiltak for døvblinde	44 500 000	
	73	Tilskudd til likemannsarbeid	13 200 000	
	75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	92 900 000	
674		Handlingsplan for funksjonshemmede		
	60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	50 600 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
675		Tiltak for eldre og funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	13 300 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	36 600 000	
	50	Norges forskningsråd	29 400 000	
	70	Tilskudd til spesielle formål	15 400 000	
	71	Tilskudd til frivillighetsentraler	58 450 000	
676		Kompetansesentra for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	6 700 000	
	21	Nasjonalt kompetansenettverk for autisme	16 100 000	
	70	Kompetansesentra m.m.	54 100 000	
700		Helsedepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	111 300 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 900 000	
701		Forsknings- og forsøksvirksomhet		
	21	Spesielle driftsutgifter	119 600 000	
	50	Norges forskningsråd	32 700 000	
702		Nemnd for bioteknologi		
	1	Driftsutgifter	5 970 000	
703		Helsetjenesten for innsatte i fengsel		
	60	Tilskudd til kommuner	67 200 000	
705		Kursvirksomhet og stipendier		
	60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	34 800 000	
	61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.m.	140 300 000	
	71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	12 400 000	
	73	Bedriftsinterne videreutdanninger	20 300 000	
706		Sosial- og helsedirektoratet		
	1	Driftsutgifter	198 930 000	
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	1	Driftsutgifter	254 200 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	116 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 200 000	
708		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3708)		
	1	Driftsutgifter	240 500 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	500 000	
711		Statens rettspsykiatriske institutt (jf. kap. 3711)		
	1	Driftsutgifter	47 100 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	8 100 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	49 500 000	
	21	Oppdragsutgifter	31 000 000	
716		Kreftregisteret (jf. kap. 3716)		
	70	Tilskudd	33 800 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
718		Rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter	28 350 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere	205 000 000	
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	1	Driftsutgifter	300 000	
	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	45 600 000	
	50	Norges forskningsråd	29 600 000	
	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	26 600 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv.	23 200 000	
	72	Stiftelsen AAN – Alternativ til abort i Norge	12 100 000	
730		Statlig helsetjeneste		
	70	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	13 259 300 000	
	71	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 455 000 000	
	72	Tilskudd til regionsykehus	1 985 000 000	
732		Regionale helseforetak		
	21	IT og elektronisk samhandling m.m.	106 000 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres</i>	28 936 100 000	
739		Andre utgifter		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 75</i>	202 000 000	
	50	Norges forskningsråd	37 400 000	
	61	Tilskudd til driftsavtaler	36 000 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	65 400 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 700 000	
	72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	372 300 000	
	74	Reiseutgifter, turnuskandidater	9 100 000	
	75	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	347 200 000	
	76	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	445 600 000	
	77	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	6 500 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	22 000 000	
	70	Tilskudd	3 900 000	
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter	25 300 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	1 062 000 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	236 800 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	71 900 000	
	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	21 700 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 028 800 000	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	158 600 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	30 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	107 200 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 000 000	
751		Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)		
	70	Tilskudd til apotek	76 800 000	
797		Helse- og sosialberedskap		
	1	Driftsutgifter	12 300 000	
		Totale utgifter		<u>57 058 650 000</u>
I n n t e k t e r				
3600		Sosialdepartementet (jf. kap. 600)		
	2	Salg av publikasjoner mv.	2 000	
3612		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 612)		
	2	Oppdragsinntekter	340 000	
3700		Helsedepartementet (jf. kap. 700)		
	2	Gebyrinntekter mv..	3 000	
3706		Sosial- og helsedirektoratet		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	4	Gebyrinntekter	7 900 000	
3707		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	2	Salgs- og leieinntekter	72 300 000	
3708		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 708)		
	2	Gebyrinntekter mv..	10 300 000	
	70	Refusjon av kontrollavgift	800 000	
3711		Statens rettstoksikologiske institutt (jf. kap. 711)		
	3	Diverse inntekter	800 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	5	Oppdragsinntekter	30 900 000	
3739		Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)		
	2	Egenandeler og refusjoner	10 300 000	
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	2	Gebyrinntekter	1 000 000	
3751		Apotekvesenet (jf. kap. 751)		
	3	Tilbakebetaling av lån	200 000	
		Totale inntekter		<u>137 645 000</u>

II
Merinntektsfullmakter

a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1	kap. 3600 post 2
kap. 612 post 1	kap. 3612 post 2

b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 706 post 1	kap. 3706 post 2
kap. 707 postene 1 og 21	kap. 3707 post 2
kap. 708 post 1	kap. 3708 postene 2, 3, 4 og 70
kap. 711 post 1	kap. 3711 post 3
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2, 3 og 5

III

Tilsagnsfullmakter

- a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
670		Tiltak for eldre	
	61	Tilskudd til omsorgstjenester	1,0 mill. kroner
673		Tiltak for funksjonshemmede	
	72	Tiltak for døvblinde	2,0 mill. kroner

- b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger med følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern	220,0 mill. kroner

IV

Bestillingsfullmakter

- Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	1	Driftsutgifter	4 mill. kroner
	21	Formidlingsvirksomhet	70 mill. kroner

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

- Helsedepartementet får fullmakt til å beslutte hvilke formuesposisjoner som inngår i overføringene når Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Statens senter for epilepsi, Geilomo barnesykehus, Statens klinikk for narkomane, Longyearbyen sykehus og Voksentoppen senter for astma og allergi fra årsskiftet 2001-2002 overføres til de regionale helseforetakene. Beslutningene skal baseres på de samme kriteriene som er avgitt i helseforetaksloven § 53 punkt 6.
- Helsedepartementet i 2002 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en total låneramme på 1 000 mill. kroner.»

Forslag nr. 5 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gi Rehabilitation International Norge statlig garanti på 2 mill. kroner i samsvare med søknad i forbindelse med arrangement av Rehabilitation Internationals verdenskonferanse i Oslo 2004.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Arbeiderpartiet ble med 76 mot 25 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.49.27)

Presidenten: Forslag nr. 6, fra Arbeiderpartiet, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gjennom Helseregion Nord sørge for at Stiftelsen Lofoten Hest og Helse senter får dekning for etableringskostnader, byggekostnader og driftskostnader i forbindelse med etablering og drift av senteret slik som tidligere avtalt mellom stat, fylkeskommune og kommune.»

Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet har sagt at de ønsker å støtte dette forslaget.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet ble med 56 mot 46 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.49.55)

Presidenten: Det voteses så over forslag nr. 3, fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen med utgangspunkt i handlingsplan for helsepersonell 1998-2001 raskt å fremme forslag til konkrete tiltak som kan få utdannet helsepersonell tilbake til sine yrker, og som kan få deltidsarbeidende hjelpepleiere og sykepleiere til å arbeide mer. Stortinget ber i denne sammenheng om at Regjeringen utarbeider en lønnsplan til pleie- og om-

sorgspersonell på linje med det som tidligere er gjort for andre yrkesgrupper innen offentlig sektor hvor det har vært store rekrutteringsproblemer.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 66 mot 36 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.50.22)

Presidenten: Forslagene nr. 1 og 2, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 1 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen om å tilrettelegge for at helseforetakene gis ansvar for utbetaling av utgifter til syketransport.»

Forslag nr. 2 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen opprette en fullverdig tannlegeutdanning ved Universitetet i Tromsø der den offentlige tannhelsetjenesten vektlegges spesielt i studieopplegget.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 56 mot 46 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.50.59)

Presidenten: Da skal vi votere over mindretallsforslag under rammeområde 16, og vi begynner med forslagene fra Senterpartiet.

Forslagene nr. 29 og 30, fra Senterpartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 29 lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2002 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter	4 378 000 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	29 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	140 000 000	
	50	Norges forskningsråd	5 800 000	
	70	Tilskudd	3 200 000	
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter	42 700 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling	1 900 000	
2650		Sykepengar		
	70	Sykepengar for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i>	21 582 500 000	
	71	Sykepengar for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i>	1 742 500 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd	100 000 000	
	75	Feriepengar av sykepengar, <i>overslagsbevilgning</i>	1 222 000 000	
2660		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	13 138 500 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	19 580 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i>	1 287 000 000	
	74	Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 341 000 000	
	75	Hjelpestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 455 000 000	
	76	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i>	121 000 000	
2662		Yrkesskadetrygd, gml. lovgivning		
	70	Pensjoner, <i>overslagsbevilgning</i>	81 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2663		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspenger, <i>overslagsbevilgning</i>	6 248 000 000	
	71	Rehabiliteringspenger i påvente av attføring, <i>overslagsbevilgning</i>	100 000	
	72	Foreløpig uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	218 000 000	
	73	Attføringshjelp	80 000 000	
	74	Tilskudd til biler	874 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler	2 523 000 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål	40 000 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler	494 000 000	
	79	Høreapparater	320 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	27 880 000 000	
	71	Tilleggs pensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	36 645 000 000	
	72	Ventetillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	160 000 000	
	73	Særtillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	5 205 000 000	
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	1 155 000 000	
	71	Tilleggs pensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	990 000 000	
	72	Særtillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	67 000 000	
	74	Utdanningsstønad	3 000 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	14 000 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	2 192 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	741 000 000	
	73	Utdanningsstønad	138 100 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag	1 700 000 000	
2686		Gravferdsstønad		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	246 500 000	
2690		Diverse utgifter		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet	127 000 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland	30 000 000	
2711		Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten		
	70	Refusjon spesialisthjelp	985 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	170 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	311 000 000	
	74	Tilskudd til Glittrklinikken AS og Granheim Lungesenter	105 200 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstituttt	423 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	739 500 000	
2750		Syketransport mv.		
	71	Skyssvederlag for leger mv.	379 000 000	
	72	Luftambulansetransport	312 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	14 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	34 000 000	
	77	Syketransport	1 491 500 000	
	78	Oppholdsutgifter	49 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2751		Medisiner mv.		
	70	Legemidler	7 165 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 017 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling	1 815 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	195 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 360 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	985 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	530 500 000	
	71	Refusjon bedriftshelsetjenester	20 000 000	
	72	Sykebehandling i utlandet	11 000 000	
		Totale utgifter		<u>173 454 900 000</u>
I n n t e k t e r				
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag	27 600 000	
	2	Diverse inntekter	150 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m.	61 300 000	
	70	Refusjon ved trafikkskade	805 800 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade	830 000 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige	1 130 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling	500 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag	201 000 000	
	80	Renter	25 000 000	
		Totale inntekter		<u>3 231 200 000</u>

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen	mot tilsvarende mer-
under	inntekter under
kap. 2600 post 1	kap. 5701 postene 1, 4 og 5

III

Folketrygdytelser

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2002 skal følgende ytelser etter folketrygdloven utgjøre¹⁾:

	Kroner
1a. Grunnstønad for ekstrautgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats)	6 396
1b. Ved ekstrautgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til	9 768
1c. eller til	12 840
1d. eller til	18 900
1e. eller til	25 620
1f. eller til (ny sats)	32 016
2a-1. Hjelpstønad til uføre som må ha hjelp i huset ^{2), 3)}	10 656
2a-2. Hjelpstønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie ³⁾	11 460
2b. Forhøyet hjelpstønad etter lovens § 6-5 til uføre som må ha særskilt tilsyn og pleie ⁴⁾	22 920
2c. eller til	45 840
2d. eller til	68 760

	Kroner
3a. Gravferdsstønad etter lovens § 7-2 (ordinær sats)	4 000
3b. Behovsprøvet gravferdstillegg (utover ordinær sats) inntil ⁵⁾	8 250
4. Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 (ordinære satser) for første barn	30 852
for hvert av de øvrige barn ⁶⁾	-
for to barn	40 248
for tre og flere barn	45 612

1) Henvisningene er til folketrygdloven av 1. mai 1997. Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

2) Stønad til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

3) Fra 1. januar 1997 skiller det mellom stønad til hjelp i huset og stønad til særskilt tilsyn og pleie.

4) Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

5) Gjelder fra 1. september 1997.

6) Til og med 1997. Fra 1. januar 1998 dekkes 70 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønaden inntektsprøvet.»

Forslag nr. 30 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at par som har startet behandling mot ufrivillig barnløshet etter dagens regler og før 1. desember 2001, får gjennomført denne etter planen.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Senterpartiet ble mot 6 stemmer ikke bifalt.

Presidenten: Forslag nr. 28, fra Sosialistisk Venstreparti, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«I

På statsbudsjettet for 2002 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter	4 622 000 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	29 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	140 000 000	
	50	Norges forskningsråd	5 800 000	
	70	Tilskudd	3 200 000	
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter	42 700 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling	1 900 000	
2650		Sykepenger		
	70	Sykepenger for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i>	21 757 500 000	
	71	Sykepenger for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i>	1 710 000 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd	100 000 000	
	75	Feriepenger av sykepenger, <i>overslagsbevilgning</i>	1 222 000 000	
2660		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	13 138 500 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	19 580 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i>	1 287 000 000	
	74	Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 341 000 000	
	75	Hjelpestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 455 000 000	
	76	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i>	121 000 000	
2662		Yrkesskadetrygd, gml. lovgivning		
	70	Pensjoner, <i>overslagsbevilgning</i>	81 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2663		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspenger, <i>overslagsbevilgning</i>	6 048 000 000	
	71	Rehabiliteringspenger i påvente av attføring, <i>overslagsbevilgning</i>	100 000	
	72	Foreløpig uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	218 000 000	
	73	Attføringshjelp	80 000 000	
	74	Tilskudd til biler	874 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler	2 523 000 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål	40 000 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler	494 000 000	
	79	Høreapparater	320 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	27 880 000 000	
	71	Tilleggs pensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	36 645 000 000	
	72	Ventetillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	160 000 000	
	73	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	5 205 000 000	
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	1 155 000 000	
	71	Tilleggs pensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	990 000 000	
	72	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	67 000 000	
	74	Utdanningsstønad	3 000 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	14 000 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	2 192 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	741 000 000	
	73	Utdanningsstønad	138 100 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag	1 700 000 000	
2686		Gravferdsstønad		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	246 500 000	
2690		Diverse utgifter		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet	127 000 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland	30 000 000	
2711		Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten		
	70	Refusjon spesialisthjelp	980 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	170 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	361 000 000	
	74	Tilskudd til Glittreklubben AS og Granheim Lungesenter	105 200 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	423 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	761 500 000	
2750		Syketransport mv.		
	71	Skyssvederlag for leger mv.	379 000 000	
	72	Luftambulansetransport	12 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	14 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	34 000 000	
	77	Syketransport	1 467 000 000	
	78	Oppholdsutgifter	49 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2751		Medisiner mv.		
	70	Legemidler	7 203 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 017 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling	1 815 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	195 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 383 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	995 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	530 500 000	
	71	Refusjon bedriftshelsetjenester	20 000 000	
	72	Sykebehandling i utlandet	11 000 000	
		Totale utgifter		<u>173 454 900 000</u>
I n n t e k t e r				
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag	27 600 000	
	2	Diverse inntekter	150 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m.	61 300 000	
	70	Refusjon ved trafikkskade	805 800 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade	830 000 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige	1 130 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling	500 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag	201 000 000	
	80	Renter	25 000 000	
		Totale inntekter.....		<u>3 231 200 000</u>

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen	mot tilsvarende mer-
under	inntekter under
kap. 2600 post 1	kap. 5701 postene 1, 4 og 5

III

Folketrygdytelse

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2002 skal følgende ytelse etter folketrygdloven utgjøre¹⁾:

	Kroner
1a. Grunnstønad for ekstraavgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats)	6 396
1b. Ved ekstraavgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til	9 768
1c. eller til	12 840
1d. eller til	18 900
1e. eller til	25 620
1f. eller til (ny sats)	32 016
2a-1. Hjelpstønad til uføre som må ha hjelp i huset ^{2), 3)}	10 656
2a-2. Hjelpstønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie ³⁾	11 460
2b. Forhøyet hjelpstønad etter lovens § 6-5 til uføre som må ha særskilt tilsyn og pleie ⁴⁾	22 920
2c. eller til	45 840
2d. eller til	68 760

	Kroner
3a. Gravferdsstønad etter lovens § 7-2 (ordinær sats)	4 000
3b. Behovsprøvet gravferdstillegg (utover ordinær sats) inntil ⁵⁾	8 250
4. Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 (ordinære satser) for første barn	30 852
for hvert av de øvrige barn ⁶⁾	-
for to barn	40 248
for tre og flere barn	45 612

1) Henvisingene er til folketrykloven av 1. mai 1997. Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

2) Stønad til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

3) Fra 1. januar 1997 skilles det mellom stønad til hjelp i huset og stønad til særskilt tilsyn og pleie.

4) Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

5) Gjelder fra 1. september 1997.

6) Til og med 1997. Fra 1. januar 1998 dekkes 70 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønaden inntektsprøvet.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti ble med 88 mot 14 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.51.49)

Presidenten: Forslagene nr. 26 og 27, fra Fremskrittspartiet, tas opp til votering.

Forslag nr. 26 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen trappe ned avkortingene av grunnpensjonen til gifte og samboende pensjonister til 15 pst. fra 1. januar 2003.»

Forslag nr. 27 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen sørge for at refusjonstaksten for utførelse av MR-undersøkelser blir den samme ved private røntgeninstitutter som ved de offentlige poliklinikkene.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Fremskrittspartiet ble med 86 mot 16 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.52.11)

Presidenten: Forslag nr. 25, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen bidra til at ordinær gravferdsstønad heves slik at den bringes mer i samsvar med den generelle prisutviklingen.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 81 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.52.30)

Presidenten: Det voteres så over forslag nr. 22, fra Høyre og Kristelig Folkeparti. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gjennomgå refusjonstakstene for utførsel av MR-undersøkelser slik at disse blir likeverdige for offentlige og private røntgeninstitutt, og vurderes samlet under samme post og underlegges de samme forskrifter.»

Fremskrittspartiet har varslet at de vil støtte forslaget.

V o t e r i n g :

Forslaget fra Høyre og Kristelig Folkeparti bifaltes med 57 mot 45 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 15.53.14)

Presidenten: Det voteres så over forslagene nr. 19, 20 og 21, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.

Forslag nr. 19 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen foreta en totalgjennomgang av stønadsordningene for enslige forsørgere for å sikre disse et tryggere økonomisk fundament og komme tilbake til Stortinget med forslag om nødvendige endringer i stønadsreglene og økonomiske bevilgninger i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2002.»

Forslag nr. 20 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen så raskt som mulig godkjenne Røros Rehabiliteringssenter som rehabiliteringsinstitusjon og at det i forbindelse med statsbudsjettet for 2003 legges inn nødvendige beløp som sikrer driften i tråd med tidligere enstemmige merknader fra Stortinget.»

Forslag nr. 21 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen legge til rette for en statlig virkemiddelordning for rekruttering av leger til kommuner som over tid har problemer med en tilfredsstillende legedekning.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 56 mot 46 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 15.53.47)

Presidenten: Da skulle det være votert over alle mindretallsforslag, og vi går over til innstillingens forslag til vedtak og begynner med rammeområde 15.

Komiteen hadde innstillet:

Rammeområde 15

I

På statsbudsjettet for 2002 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
600		Sosialdepartementet (jf. kap. 3600)		
	1	Driftsutgifter	71 600 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	2 700 000	
612		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 3612)		
	1	Driftsutgifter	23 100 000	
614		Utvikling av sosialtjenesten, tiltak for rusmiddelmissbrukere mv.		
	21	Spesielle driftsutgifter	29 700 000	
	50	Norges forskningsråd	7 200 000	
	63	Utvikling av sosialtjenesten og rusmiddeltiltak, <i>kan overføres</i>	129 500 000	
	70	Tilskudd	39 200 000	
	71	Frivillig rusmiddelforebyggende arbeid, <i>kan overføres</i>	59 950 000	
660		Krigspensjon		
	70	Tilskudd, militære, <i>overslagsbevilgning</i>	279 000 000	
	71	Tilskudd, sivile, <i>overslagsbevilgning</i>	683 000 000	
670		Tiltak for eldre		
	61	Tilskudd til omsorgstjenester, <i>kan overføres</i>	40 800 000	
	70	Tilskudd til pensjonistenes organisasjoner m.m.	6 000 000	
	72	Tilskudd til opphold i institusjon for eldre med særskilte behov	5 800 000	
673		Tiltak for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	11 500 000	
	60	Tilskudd til driftsomlegging	32 000 000	
	61	Oppfølging av ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming	890 400 000	
	62	Tilskudd til utskrivning av unge funksjonshemmede, <i>kan overføres</i>	31 800 000	
	65	Prøveløslatelse, <i>kan overføres</i>	87 500 000	
	71	Tilskudd til Landsbystiftelsen	52 900 000	
	72	Tiltak for døvblinde	44 500 000	
	73	Tilskudd til likemannsarbeid	13 200 000	
	75	Tilskudd til funksjonshemmedes organisasjoner	89 900 000	
674		Handlingsplan for funksjonshemmede		
	60	Tilskudd til assistenter for funksjonshemmede	45 600 000	
675		Tiltak for eldre og funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	13 300 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	46 600 000	
	50	Norges forskningsråd	29 400 000	
	70	Tilskudd til spesielle formål	15 400 000	
	71	Tilskudd til frivillighetssentraler	54 450 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
676		Kompetansesentra for funksjonshemmede		
	1	Driftsutgifter	6 700 000	
	21	Nasjonalt kompetansenettverk for autisme	16 100 000	
	70	Kompetansesentra m.m.	49 100 000	
700		Helsedepartementet (jf. kap. 3700)		
	1	Driftsutgifter	111 300 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	3 900 000	
701		Forsknings- og forsøksvirksomhet		
	21	Spesielle driftsutgifter	119 600 000	
	50	Norges forskningsråd	32 700 000	
702		Nemnd for bioteknologi		
	1	Driftsutgifter	5 970 000	
703		Helsetjenesten for innsatte i fengsel		
	60	Tilskudd til kommuner	67 200 000	
705		Kursvirksomhet og stipendier		
	60	Rekruttering m.m. av helsepersonell	34 800 000	
	61	Utdanningstiltak, turnustjeneste m.m.	110 300 000	
	71	Tilskudd til kurs og stipendier til personell innen helsevesenet m.m.	12 400 000	
	73	Bedriftsinterne videreutdanninger	20 300 000	
706		Sosial- og helsedirektoratet		
	1	Driftsutgifter	195 330 000	
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	1	Driftsutgifter	250 200 000	
	21	Formidlingsvirksomhet	116 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	6 200 000	
708		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 3708)		
	1	Driftsutgifter	240 500 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold	500 000	
711		Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 3711)		
	1	Driftsutgifter	47 100 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	8 100 000	
715		Statens strålevern (jf. kap. 3715)		
	1	Driftsutgifter	49 500 000	
	21	Oppdragsutgifter	31 000 000	
716		Kreftregisteret (jf. kap. 3716)		
	70	Tilskudd	33 800 000	
718		Rehabilitering		
	21	Spesielle driftsutgifter	18 350 000	
	61	Rehabilitering, helsetiltak for rusmiddelmissbrukere	175 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
719		Helsefremmende og forebyggende arbeid		
	1	Driftsutgifter	300 000	
	21	Tilskudd til helsefremmende og forebyggende tiltak i helse- og sosialsektoren, <i>kan overføres</i>	38 250 000	
	50	Norges forskningsråd	29 600 000	
	70	Handlingsplan mot HIV/AIDS-epidemien og smittevern, <i>kan overføres</i>	26 600 000	
	71	Tilskudd til opplysningstiltak, forebyggelse av uønskede svangerskap mv.	19 200 000	
	72	Stiftelsen AAN – Alternativ til abort i Norge	12 100 000	
730		Statlig helsetjeneste		
	70	Innsatsstyrt finansiering av sykehus, <i>overslagsbevilgning</i>	14 575 000 000	
	71	Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv., <i>overslagsbevilgning</i>	3 456 000 000	
	72	Tilskudd til regionsykehus	1 985 000 000	
732		Regionale helseforetak		
	21	IT og elektronisk samhandling m.m.	106 000 000	
	70	Tilskudd til helseforetakene, <i>kan overføres</i>	20 000 000	
	71	Tilskudd til Helse Øst RFH, <i>kan overføres</i>	10 316 504 000	
	72	Tilskudd til Helse Sør RFH, <i>kan overføres</i>	6 349 251 000	
	73	Tilskudd til Helse Vest RFH, <i>kan overføres</i>	4 574 736 000	
	74	Tilskudd til Helse Midt-Norge RFH, <i>kan overføres</i>	3 392 361 000	
	75	Tilskudd til Helse Nord RFH, <i>kan overføres</i>	3 136 498 000	
739		Andre utgifter		
	21	Forsøk og utvikling i sykehussektoren, <i>kan nyttes under post 75</i>	202 000 000	
	50	Norges forskningsråd	37 400 000	
	61	Tilskudd til driftsavtaler	36 000 000	
	70	Behandlingsreiser til utlandet	65 400 000	
	71	Tilskudd til Norsk Pasientforening m.fl.	4 700 000	
	72	Tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning	372 300 000	
	74	Reiseutgifter, turnuskandidater	9 100 000	
	75	Kreftbehandling m.m., <i>kan overføres, kan nyttes under post 21</i>	347 200 000	
	76	Tilskudd til RIT 2000, <i>kan overføres</i>	445 600 000	
	77	Tilskudd til helsepersonellbemanning i luftambulansetjenesten	40 400 000	
742		Forpleining, kontroll og tilsyn med psykiatriske pasienter		
	1	Driftsutgifter	22 000 000	
	70	Tilskudd	3 900 000	
743		Statlige stimuleringsstiltak for psykisk helse		
	21	Spesielle driftsutgifter	25 300 000	
	62	Tilskudd til psykisk helsearbeid i kommuner, <i>kan overføres</i>	1 062 000 000	
	70	Kompetanse, utredninger og utviklingsarbeid, <i>kan overføres</i>	236 800 000	
	72	Tilskudd til Modum bads nervesanatorium	71 900 000	
	73	Tilskudd til psykososialt arbeid for flyktninger, <i>kan overføres</i>	21 700 000	
	75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	1 028 800 000	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern, <i>kan overføres</i>	158 600 000	
744		Tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede		
	70	Fagenhet for tvungen omsorg	30 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 3750 og 5578)		
	1	Driftsutgifter	107 200 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	5 000 000	
751		Apotekvesenet (jf. kap. 3751 og 5577)		
	70	Tilskudd til apotek	76 800 000	
797		Helse- og sosialberedskap		
	1	Driftsutgifter	12 300 000	
		Totale utgifter		<u>57 058 650 000</u>
I n n t e k t e r				
3600		Sosialdepartementet (jf. kap. 600)		
	2	Salg av publikasjoner mv.	2 000	
3612		Statens institutt for rusmiddelforskning (jf. kap. 612)		
	2	Oppdragsinntekter	340 000	
3700		Helsedepartementet (jf. kap. 700)		
	2	Gebyrinntekter mv.	3 000	
3706		Sosial- og helsedirektoratet		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	4	Gebyrinntekter	7 900 000	
3707		Nasjonalt folkehelseinstitutt		
	2	Salgs- og leieinntekter	72 300 000	
3708		Statens helsetilsyn og fylkeslegene (jf. kap. 708)		
	2	Gebyrinntekter mv.	10 300 000	
	70	Refusjon av kontrollavgift	800 000	
3711		Statens rettsstoksikologiske institutt (jf. kap. 711)		
	3	Diverse inntekter	800 000	
3715		Statens strålevern (jf. kap. 715)		
	2	Salgs- og leieinntekter	1 400 000	
	5	Oppdragsinntekter	30 900 000	
3739		Behandlingsreiser til utlandet (jf. kap. 739)		
	2	Egenandeler og refusjoner	10 300 000	
3750		Statens legemiddelverk (jf. kap. 750)		
	2	Gebyrinntekter	1 000 000	
3751		Apotekvesenet (jf. kap. 751)		
	3	Tilbakebetaling av lån	200 000	
		Totale inntekter		<u>137 645 000</u>

II

Merinntektsfullmakter

a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 600 post 1	kap. 3600 post 2
kap. 612 post 1	kap. 3612 post 2

- b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under	mot tilsvarende merinntekter under
kap. 700 post 1	kap. 3700 post 2
kap. 706 post 1	kap. 3706 post 2
kap. 707 postene 1 og 21	kap. 3707 post 2
kap. 708 post 1	kap. 3708 postene 2, 3, 4 og 70
kap. 711 post 1	kap. 3711 post 3
kap. 715 postene 1 og 21	kap. 3715 postene 2, 3 og 5

III

Tilsagnsfullmakter

- a) Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye tilsagn og gammelt ansvar ikke overstiger følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
670		Tiltak for eldre	
	61	Tilskudd til omsorgstjenester	1,0 mill. kroner
673		Tiltak for funksjonshemmede	
	72	Tiltak for døvblinde	2,0 mill. kroner

- b) Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan gi tilsagn utover gitte bevilgninger med følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
743		Statlige stimulerings tiltak for psykisk helse	
	76	Omstrukturering og utbygging av psykisk helsevern	220,0 mill. kroner

IV

Bestillingsfullmakter

Stortinget samtykker i at Helsedepartementet i 2002 kan foreta bestillinger utover gitte bevilgninger, men slik at samlet ramme for nye bestillinger og gammelt ansvar ikke overskrider følgende beløp:

Kap.	Post	Betegnelse	Samlet ramme
707		Nasjonalt folkehelseinstitutt	
	1	Driftsutgifter	4 mill. kroner
	21	Formidlingsvirksomhet	70 mill. kroner

V

Diverse fullmakter

Stortinget samtykker i at:

- Helsedepartementet får fullmakt til å beslutte hvilke formuesposisjoner som inngår i overføringene når Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Statens senter for epilepsi, Geilomo barnesykehus, Statens klinikk for narkomane, Longyearbyen sykehus og Voksentoppen senter for astma og allergi fra årsskiftet 2001-2002 overføres til de regionale helseforetakene. Beslutningene skal baseres på de samme kriteriene som er avgitt i helseforetaksloven § 53 punkt 6.
- Helsedepartementet i 2002 kan gi de 5 regionale helseforetakene adgang til å oppta driftskredittlån innenfor en total låneramme på 1 000 mill. kroner.

V o t e r i n g s t a v l e n e viste at det var avgitt 64 stemmer for innstillingen og 37 stemmer mot.
(Voteringsutskrift kl. 15.54.30)

Karl Eirik Schjøtt-Pedersen (A) (fra salen): Jeg kom i skade for å stemme for, jeg skulle ha stemt imot.

Reidun Gravdahl (A) (fra salen): Jeg stemte også feil.

Presidenten: Det er visst mange som har stemt feil, så vi tar voteringen om igjen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling til rammeområde 15, I-V, bifaltes med 57 mot 45 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.55.17)

Presidenten: Da gjenstår en del romertall under rammeområde 15, som det vil bli votert over separat.

Videre var innstillet:

VI

Stortinget ber Regjeringen om å bidra til at boligtilbudet i kommunene til rusmiddelmissbrukerne bedres.

VII

Stortinget ber Regjeringen bidra til at det er økonomiske midler til hele tiltakspakker som dekker et helhetlig omsorgs- og behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

VIII

Stortinget ber Regjeringen å opprettholde de veiledende retningslinjene med hensyn til at kontantstøtten vurderes med i inntektsgrunnlaget for den som søker sosialhjelp. Den foreslåtte styrkingen av kommuneøkonomien benyttes i stedet til å øke barnetilleggene i de veiledende retningslinjene for økonomisk sosialhjelp.

Presidenten: Presidenten går ut fra at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ønsker å stemme imot. – Det blir bekreftet.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 62 mot 40 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.56.12)

Videre var innstillet:

IX

Stortinget ber Regjeringen i samarbeid med brukerorganisasjonene utarbeide en handlingsplan med tiltak som kan iverksettes for å sørge for at alle unge funksjonshemmede som ønsker det, er flyttet ute av eldreinstusjon innen utgangen av 2005.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

X

Stortinget ber Regjeringen utforme de nødvendige endringer i folketrygdloven for å heve taket på tolketimer for døve, døvblinde og døvblindblitte, og komme tilbake til Stortinget med økonomiske endringer i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2002.

Presidenten: Presidenten antar at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre fortsatt ønsker å stemme imot. – Det blir bekreftet.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 62 mot 40 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.56.51)

Videre var innstillet:

XI

Stortinget ber Regjeringen foreta en lovgjennomgang knyttet til lov om psykisk helsevern og lov om sosial omsorg samt andre lover der rusmiddelmissbruk er omtalt, ut fra målet om at behandlingsansvaret også kan tillegges helsepersonell.

XII

Stortinget ber Regjeringen utrede spørsmålet om én felles etat for sosial-, arbeidsmarkeds- og trygdeetaten og legge saken frem for Stortinget på egnet måte i løpet av 2002.

XIII

Stortinget ber Regjeringen legge frem en stortingsmelding om alternativ medisin med utgangspunkt i Aarbakke-utvalgets innstilling snarest og senest i løpet av 2002. Regjeringen bes i den forbindelse også å vurdere autorisasjon av nye helsepersonellgrupper.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

XIV

Stortinget ber Regjeringen utarbeide en ny handlingsplan for rekruttering av helsepersonell 2002-2005 der det legges vekt på konkrete tiltak for å rekruttere sykepleiere og annet pleie- og omsorgspersonell og på å stabilisere bemanningssituasjonen. I denne sammenheng ber Stortinget om at det vurderes endringer bl.a. i arbeidsmiljøloven slik at det arbeides videre med at tredelt turnusarbeid likestilles med helkontinuerlig skiftarbeid.

Presidenten: Presidenten antar at Arbeiderpartiet ønsker å stemme imot. – Det blir bekreftet.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 73 mot 26 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 15.57.30)

Videre var innstillet:

XV

Stortinget ber Regjeringen om å foreta en gjennomgang av situasjonen for de samfunnsmedisinske fagom-

rådene, både hva angår fagutviklingen og rekrutteringen til disse, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.

setningen om at disse samlet skal fungere bedre enn i dag, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.

XVI

Stortinget ber Regjeringen sørge for at Kreftregisteret består som selvstendig institusjon i helseforetaket Radiumhospitalet. Kreftregisteret skal ha eget styre og budsjettkapittel og inneha sentrale, nasjonale oppgaver innen kreftregistrering, forskning, rådgivning og informasjonsformidling.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Presidenten: Da er vi kommet fram til rammeområde 16.

Komiteen hadde innstillet:

XVII

Stortinget ber Regjeringen om å foreta en evaluering av kontrollkomisjonene i psykisk helsevern ut fra mål-

Rammeområde 16

I

På statsbudsjettet for 2002 bevilges under:

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
U t g i f t e r				
2600		Trygdeetaten		
	1	Driftsutgifter	4 353 000 000	
	21	Spesielle driftsutgifter	29 900 000	
	45	Større utstyrsanskaffelser og vedlikehold, <i>kan overføres</i>	140 000 000	
	50	Norges forskningsråd	5 800 000	
	70	Tilskudd	3 200 000	
2603		Trygderetten		
	1	Driftsutgifter	40 700 000	
	21	Klagenemnd for utenlandsbehandling	1 900 000	
2650		Sykepengar		
	70	Sykepengar for arbeidstakere mv., <i>overslagsbevilgning</i>	22 082 500 000	
	71	Sykepengar for selvstendige, <i>overslagsbevilgning</i>	1 710 000 000	
	73	Tilretteleggingstilskudd	100 000 000	
	75	Feriepengar av sykepengar, <i>overslagsbevilgning</i>	1 222 000 000	
2660		Uførhet		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	13 138 500 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	19 580 000 000	
	72	Særtilllegg, <i>overslagsbevilgning</i>	1 287 000 000	
	74	Grunnstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 341 000 000	
	75	Hjelpestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	1 455 000 000	
	76	Menerstatning ved yrkesskade, <i>overslagsbevilgning</i>	121 000 000	
2662		Yrkesskadetrygd, gml. lovgivning		
	70	Pensjoner, <i>overslagsbevilgning</i>	81 000 000	
2663		Medisinsk rehabilitering mv.		
	70	Rehabiliteringspengar, <i>overslagsbevilgning</i>	6 248 000 000	
	71	Rehabiliteringspengar i påvente av attføring, <i>overslagsbevilgning</i>	100 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
	72	Foreløpig uførestønad, <i>overslagsbevilgning</i>	218 000 000	
	73	Attføringshjelp	80 000 000	
	74	Tilskudd til biler	874 000 000	
	75	Bedring av funksjonsevnen, hjelpemidler	2 523 000 000	
	76	Bedring av funksjonsevnen, andre formål	40 000 000	
	77	Ortopediske hjelpemidler	494 000 000	
	79	Høreapparater	320 000 000	
2670		Alderdom		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	27 880 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	36 645 000 000	
	72	Ventetillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	160 000 000	
	73	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	5 205 000 000	
2680		Etterlatte		
	70	Grunnpensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	1 155 000 000	
	71	Tilleggspensjon, <i>overslagsbevilgning</i>	990 000 000	
	72	Sært tillegg, <i>overslagsbevilgning</i>	67 000 000	
	74	Utdanningsstønad	3 000 000	
	75	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	14 000 000	
2683		Stønad til enslig mor eller far (jf. kap. 5701)		
	70	Overgangsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	2 192 000 000	
	72	Stønad til barnetilsyn, <i>overslagsbevilgning</i>	741 000 000	
	73	Utdanningsstønad	138 100 000	
	75	Stønad til flytting for å komme i arbeid	500 000	
	76	Forskuttering av underholdsbidrag	1 700 000 000	
2686		Gravferdsstønad		
	70	Gravferdsstønad, <i>overslagsbevilgning</i>	246 500 000	
2690		Diverse utgifter		
	70	Sykestønadsutgifter i utlandet	123 500 000	
	77	Pasienter fra gjensidighetsland	30 000 000	
2711		Diverse tiltak i spesialisthelsetjenesten		
	70	Refusjon spesialisthjelp	970 000 000	
	71	Refusjon psykologhjelp	170 000 000	
	72	Refusjon tannlegehjelp	311 000 000	
	74	Tilskudd til Glittreklubben AS og Granheim Lungesenter	105 200 000	
	76	Private laboratorier og røntgeninstitutt	423 000 000	
	78	Opptreningsinstitusjoner m.fl.	682 000 000	
2750		Syke transport mv.		
	71	Skyssvederlag for leger mv.	379 000 000	
	72	Luftambulansetransport	12 000 000	
	73	Kiropraktorbehandling	14 000 000	
	75	Logopedisk og ortoptisk behandling	34 000 000	
	77	Syke transport	1 467 000 000	
	78	Oppholdsutgifter	49 000 000	

Kap.	Post	Formål:	Kroner	Kroner
2751		Medisiner mv.		
	70	Legemidler	7 140 000 000	
	72	Sykepleieartikler	1 017 000 000	
2752		Refusjon av egenbetaling		
	70	Refusjon av egenbetaling	1 815 000 000	
2755		Helsetjeneste i kommunene		
	62	Tilskudd til fastlønnsordning fysioterapeuter, <i>kan nyttes under post 71</i>	195 000 000	
	70	Refusjon allmennlegehjelp	2 360 000 000	
	71	Refusjon fysioterapi, <i>kan nyttes under post 62</i>	970 000 000	
2790		Andre helsetiltak		
	70	Bidrag, lokalt	530 500 000	
	71	Refusjon bedriftshelsetjenester	20 000 000	
	72	Sykebehandling i utlandet	11 000 000	
		Totale utgifter		<u>173 454 900 000</u>
I n n t e k t e r				
5701		Diverse inntekter		
	1	Administrasjonsvederlag	27 600 000	
	2	Diverse inntekter	150 000 000	
	3	Hjelpemiddelsentraler m.m.	61 300 000	
	70	Refusjon ved trafikkskade	805 800 000	
	71	Refusjon ved yrkesskade	830 000 000	
	73	Refusjon fra bidragspliktige	1 130 000 000	
	74	Refusjon medisinsk behandling	500 000	
	75	Refusjon overskytende bidrag	201 000 000	
	80	Renter	25 000 000	
		Totale inntekter.....		<u>3 231 200 000</u>

II

Merinntektsfullmakter

Stortinget samtykker i at Sosialdepartementet i 2002 kan:

overskride bevilgningen under kap. 2600 post 1	mot tilsvarende merinntekter under kap. 5701 postene 1, 4 og 5
--	--

III

Folketrygdytelser

Stortinget samtykker i at med virkning fra 1. januar 2002 skal følgende ytelser etter folketrygdloven utgjøre¹⁾:

	Kroner
1a. Grunnstønad for ekstrautgifter ved uførhet etter lovens § 6-3 (laveste sats)	6 396
1b. Ved ekstrautgifter utover laveste sats, kan grunnstønaden forhøyes til	9 768
1c. eller til	12 840
1d. eller til	18 900
1e. eller til	25 620
1f. eller til (ny sats)	32 016
2a-1. Hjelpstønad til uføre som må ha hjelp i huset ^{2), 3)}	10 656
2a-2. Hjelpstønad etter lovens § 6-4 til uføre som må ha tilsyn og pleie ³⁾	11 460
2b. Forhøyet hjelpstønad etter lovens § 6-5 til uføre som må ha særskilt tilsyn og pleie ⁴⁾	22 920
2c. eller til	45 840
2d. eller til	68 760

	Kroner
3a. Gravferdsstønad etter lovens § 7-2 (ordinær sats)	4 000
3b. Behovsprøvet gravferdstillegg (utover ordinær sats) inntil ⁵⁾	8 250
4. Stønad til barnetilsyn etter lovens §§ 15-11 og 17-9 (ordinære satser) for første barn	30 852
for hvert av de øvrige barn ⁶⁾	-
for to barn	40 248
for tre og flere barn	45 612

1) Henvisningene er til folketrykloven av 1. mai 1997. Satsene under pkt. 1, 2 og 4 er årsbeløp for ytelsene.

2) Stønad til hjelp i huset gjelder tilfeller før 1. januar 1992.

3) Fra 1. januar 1997 skilles det mellom stønad til hjelp i huset og stønad til særskilt tilsyn og pleie.

4) Gjelder også ved uførhet som skyldes yrkesskade, jf. lovens § 12-18.

5) Gjelder fra 1. september 1997.

6) Til og med 1997. Fra 1. januar 1998 dekkes 70 pst. av dokumenterte utgifter til barnetilsyn. Beløpene i tabellen er maksimale refusjonssatser. Stønaden inntektsprøvet.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 56 mot 46 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.58.14)

Presidenten: Da gjenstår det noen romertall, som det vil bli votert over separat.

Videre var innstillet:

IV

Stortinget ber Regjeringen komme med en vurdering og forslag med hensyn til hvordan fravær i forbindelse med svangerskapsplager kan defineres og relateres til vår trygdelovgivning på annen måte enn gjennom sykefraværsløvgivningen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

V

Stortinget ber Regjeringen sørge for at reguleringen av grunnbeløpet ved trygdeoppgjøret for 2002 foretas slik at grunnbeløpet reguleres minst på linje med lønns- og prisutviklingen for øvrig i samfunnet.

VI

Stortinget ber Regjeringen sørge for at kostnadene ved bruk av legemiddelet Remicade dekkes av blåreseptordningen.

VII

Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2002 sørge for at Alzheimermedisinen Aricept gis med refusjon etter blåreseptforskriftens § 9.

Presidenten: Presidenten antar at Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre ønsker å stemme imot. – Det blir bekreftet.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 62 mot 40 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 15.59.01)

Videre var innstillet:

VIII

Stortinget ber Regjeringen endre dagens saksbehandlingsrutiner for søknader om refusjon for legemidler på blå resept slik at behandlingstiden av disse blir i tråd med EØS-avtalens frister.

IX

Stortinget ber Regjeringen sette ned et utvalg med deltakere fra departement og brukerorganisasjoner som skal arbeide frem et forslag til egenandeltak 2-ordning som skal skjerme kronikere og storforbrukere av helse-tjenester med store utgifter til helsetjenester og medisiner. Resultatet fra arbeidet legges frem for Stortinget som egen sak i 2002.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Votering i sak nr. 2

Presidenten: Under debatten er det satt fram sju forslag. Det er:

- forslag nr. 2, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslagene nr. 3 og 4, fra Bjarne Håkon Hanssen på vegne av Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti
- forslag nr. 5, fra Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet
- forslag nr. 6, fra Olav Gunnar Ballo på vegne av Sosialistisk Venstreparti
- forslagene nr. 7 og 8, fra Ola D. Gløtvold på vegne av Senterpartiet

Presidenten gjør oppmerksom på at forslag nr. 1, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ikke er fremmet.

Forslag nr. 6, fra Sosialistisk Venstreparti, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen gjøre SIFOs satser bindende for kommunene ved utmåling av økonomisk sosialhjelp til livsopphold.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti ble med 87 mot 15 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.00.32)

Presidenten: Det voteres så over forslagene nr. 7 og 8, fra Senterpartiet.

Sosialistisk Venstreparti har varslet subsidiær støtte til forslagene. Er det riktig oppfattet?

Olav Gunnar Ballo (SV) (fra salen): Det er subsidiær støtte til forslag nr. 8. Forslag nr. 7 støtter vi primært.

Presidenten: Forslag nr. 7 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen tilrettelegge nødvendige ressurser som følge av økte sosialhjelpssaker, utgifter til medisiner, lege- og tannlegeutgifter, gratis barnehage/SFO til sosialhjelps- og trygdemottakere under et visst nivå. På samme måte må kommuneøkonomien styrkes slik at grunnskolen har tilstrekkelig med ressurser uten at elevene skal kreves for egenandeler.»

Forslag nr. 8 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen revidere de veiledende satsene for sosialhjelp slik at de kommer på nivå med SIFOs satser og norm for livsopphold. Det må i tillegg være mulig å få dekket uforutsette utgifter, f.eks. til nødvendige medisiner, lege- og tannlegebehandling.»

V o t e r i n g :

Forslagene fra Senterpartiet ble med 82 mot 20 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.01.24)

Presidenten: Forslag nr. 5, fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen endre retningslinjene for utmåling av stønad til livsopphold slik at barne-trygd og engangsstønad ikke regnes med i inntekten ved beregning av sosialhjelpen.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 81 mot 21 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.01.52)

Presidenten: Forslagene nr. 3 og 4, fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, tas så opp til votering.

Forslag nr. 3 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen evaluere systemet for fastsettelse av sosialhjelpssatsene, bl.a. ved å vurdere hvilke offentlige ordninger som skal inkluderes i den enkelte sosialhjelpsmottakers inntektsgrunnlag, og hvilket kostnadsnivå en skal legge til grunn.»

Forslag nr. 4 lyder:

«Stortinget ber Regjeringen fremme konkrete forslag om en oppjustering av sosialhjelpssatsene i forbindelse med behandlingen av Revidert nasjonalbudsjett våren 2002.»

Senterpartiet har varslet subsidiær støtte til forslagene.

V o t e r i n g :

Forslagene fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ble med 56 mot 46 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.02.14)

Presidenten: Forslag nr. 2, fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, tas opp til votering. Forslaget lyder:

«Stortinget ber Regjeringen vurdere en ordning med fortrinnsrett til, og gratis barnehageplass og SFO til, alle barn som har foreldre som har sosialhjelp og/eller trygd under et visst nivå som hovedinntekt. Stortinget ber om at det legges fram en sak om dette senest i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett for 2002.»

V o t e r i n g :

Forslaget fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ble med 56 mot 46 stemmer ikke bifalt.

(Voteringsutskrift kl. 16.02.50)

Presidenten: Da skal vi votere over innstillingens forslag til vedtak.

Komiteen hadde innstillet:

I

Stortinget ber Regjeringen sørge for at bruk av hospits som boligløsning for barnefamilier opphører. Bruk av hospits for barn og barnefamilier utover rene nødløsninger kan ikke aksepteres.

II

Dokument nr. 8:2 – forslag fra stortingsrepresentantene Magnhild Meltveit Kleppa, Eli Sollied Øveraas og Rune J. Skjælaaen om tiltak for å motvirke fattigdom i Norge – vedlegges protokollen.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Votering i sak nr. 3

Presidenten: Under debatten har Olav Gunnar Ballo satt fram et forslag på vegne av Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Forslaget lyder:

«Bevilgningen over kap. 2790, post 72 Sykebehandling i utlandet, disponeres slik at midlene også kan brukes til pasientbehandling i Norge når dette framstår som faglig forsvarlig og ventetiden for behandling ikke vil være lengre enn for tilsvarende behandling i utlandet.»

Komiteen hadde innstillet:

Dokument nr. 8:22 – forslag fra stortingsrepresentantene Ola D. Gløtvold og Olav Gunnar Ballo om at vedtatte endringer i statsbudsjettet for 2000 under kap. 2790,

post 72 Sykebehandling i utlandet på gitte vilkår kan disponeres til sykebehandling i Norge – avvises.

V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet bifaltes innstillingen med 80 mot 21 stemmer.
(Voteringsutskrift kl. 16.04.04)

*S a k n r . 4**Referat*

Presidenten: Det foreligger ikke noe referat.

Møtet hevet kl. 16.05.
